

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES
dba SOUTHWEST COUNSELING CENTER
FORMULARIO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE / CLIENTE

RAZÓN DE LA VISITA: _____ **FECHA:** _____

Nombre: (Apellido, Nombre, M.) _____

Dirección física: _____ Apartado
de correos _____

Estado de la Ciudad: _____ Cremallera: _____ Email: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de cumpleaños: _____

Género: Masculino Femenino Estado civil: Hijo Soltero Casado Viudo Otro_

Situación laboral: Desempleado A tiempo completo A tiempo parcial Discapacitado Trabajador por
cuenta propia

Vivir con: _____ El mas alto nivel de educación: _____

¿Eres un veterano? Sí No Desconocido Lenguaje primario:
 Inglés Español Otro

¿Ciudadano estadounidense? Sí No Desconocido Referido por: _____

Seguro: Sí No Compañía de seguros: _____

Número de identificación del seguro: _____ Fuente de ingresos primaria: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estado de la Ciudad: _____ Cremallera: _____

INFORMACIÓN LEGAL

Estado de tutela: _____ Estado de custodia CYFD: _____

Persona responsable: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Código postal: _____ Lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Farmacia: _____

Estado de la Ciudad: _____ Cremallera: _____

HISTORIA DE SALUD DEL ADULTO

18 años de edad y más

Fecha de hoy _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Hombre ___ Mujer ___ Cabeza de Familia _____ Numero de archivo _____ Lugar _____ Nivel de Educación _____

Si ___ No ___ 1. Queja: _____

Si ___ No ___ 2. ¿Tiene alergia a algún medicamento? ¿O a otras cosas? (Abejas, látex, etc.)

Por favor nombrelas: _____

3. Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando ahora (Incluyendo píldoras anticonceptivas, laxativos, aspirina, etc...) _____

4. ¿Ha tomado alguna vez Medicamentos para bajar peso (Phen-Phen, Redux, Pondemin)? Si ___ No ___

5. ¿Sus dientes necesitan cuidado dental? Si ___ No ___ ¿Tiene dolor en sus dientes? Si ___ No ___ ¿Cuándo fue su ultima visita dental? _____

6. ¿Usa dentadura? Si ___ No ___ ¿Usted se muerde los labios, rechina sus dientes, tiene problemas con su mandíbula, le chasquea, le duele, tiene dificultad al abrir y cerrar su boca, o problemas al masticar, o le sangran las encías? ¿Sus dientes son sensibles al: Frío, Calor, Dulce, Amargo?

7. Por favor díganos la fecha de sus últimas vacunas: Td. Tétanos Difteria _____

MMR(Sarampión, Paperas, Rubéola) _____

8. Prueba de la Tuberculosis: Fecha _____ Resultados: Positivo _____ Negativo _____

9. Por favor díganos la fecha de su último Papanicolaou (PAP) _____ CBE _____ Mamografía _____

Resultados y Donde fueron hechos (si se conoce) _____

10. A que edad tuvo su primera menstruación? _____ LNMP: _____ ¿Podría estar embarazada? Si ___ No ___ ¿Esta dando pecho? Si ___ No ___

Detalle algún problema que tenga con su ciclo menstrual _____

¿Que esta usando como método anticonceptivo? _____ ¿Le gustaría mas información? Si ___ No ___

11. ¿Tiene algún problema de vista? Si ___ No ___ ¿Lleva lentes de contacto? Si ___ No ___

12. ¿Fuma o mastica tabaco? Si ___ No ___ Si fuma, ¿cuanto y durante cuanto tiempo? _____ ¿Le gustaría información acerca de cómo dejarlo? Si ___ No ___

13. ¿Bebe alcohol? Si ___ No ___ Si bebe, ¿cuanto y con que frecuencia? _____

14. ¿Usa otra clase de drogas (marihuana, cocaína, pastillas,)? Si ___ No ___ Si toma, ¿cuanto y con que frecuencia? _____

Si ___ No ___ 15. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? Si si, ¿por que? _____ ¿Donde y Cuando? _____

Si ___ No ___ 16. ¿Ha revisado alguna vez sus niveles de colesterol? Por favor anote los resultados si lo sabe _____

Si ___ No ___ 17. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del SIDA? ¿Le gustaría hacerse la prueba a través de MMC? Si ___ No ___

Si ___ No ___ 18. ¿Tiene alguna pregunta sobre las ETS (enfermedades de transmisión sexual)? ¿Mantiene relaciones sexuales con hombres ___ Mujeres ___ o ambos ___?

Si ___ No ___ 19. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse o herirse? ¿Ha intentado alguna vez suicidarse?

Si ___ No ___ 20. ¿Tiene o ha tenido alguna vez un desorden alimentario? Si responde si, ¿de que tipo (Anorexia, bulimia, etc...)? _____

	Yo	Madre	Padre	Hermanos	Hijos	Otro	Comentarios
Diabetes							
Presión arterial alta/ Presión arterial baja							
Embolia cerebral							
Cáncer (De que tipo y quien)							
Hipotiroidismo o Hipertiroidismo							
Fiebre Reumática, soplo en el corazón, ataque al corazón, Válvula del corazón dañada o sustituida, Válvula mitral otra condición del corazón, marcapasos.							
Ataques/Epilepsia, periodos de desvanecimiento							
Tuberculosis (+) PPD							
Alcoholismo, problemas con la bebida, Uso de drogas							
Asma/Fiebre del Heno/Neumonía, SOB, otra enfermedad del pulmón							
Salud Mental (Depresión, Ansiedad, etc.)							
Hepatitis (de que tipo), enfermedad del hígado, ictericia.							
Infección urinaria, o enfermedad del riñón.							
Migrañas, dolores de cabeza							
Problemas hemorrágicos							
Dolor abdominal/Ulceras/Perdida de peso persistente o diarrea							
Problemas inmunológicos, infecciones frecuentes							
Artritis, Miembros artificiales o articulaciones (cuales)							
Infecciones vaginales (candidiasis, bacterias, etc.)							

**Border Area Mental Health Services, Inc.
dba Southwest Counseling Center, Inc.**

CUESTIONARIO DE MEDICAMENTOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD (PARA EL PACIENTE)

COMPLETE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

Klonopin / clonazepam: _____mg _____ frecuencia (cuántas veces al día)

Xanax / alprazolam: Ativan / _____mg _____ frecuencia (cuántas veces al día)

lorazepam: Valium / _____mg _____ frecuencia (cuántas veces al día)

diazepam: _____mg _____ frecuencia (cuántas veces al día)

SEGÚN LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA):

Las benzodiazepinas provocan efectos adversos agudos: somnolencia, aumento del tiempo de reacción, ataxia, descoordinación motora y amnesia anterógrada. La desintoxicación estructurada de las benzodiazepinas requiere una cuidadosa atención a la prevención de las convulsiones, el delirio por abstinencia y el tratamiento de los síntomas crónicos de abstinencia.

Border Area Mental Health Services, Inc., puede determinar que el mejor plan / curso de tratamiento puede incluir la desintoxicación de estas sustancias. En esos casos, se reunirá y hablará con el proveedor médico y se le puede recomendar que trabaje en relación con su médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor médico u hospital local en un régimen de desintoxicación.

Border Area Mental Health Services, Inc., está dispuesto a administrar todos los demás medicamentos psicotrópicos durante el período de desintoxicación.

Nombre - Imprimir

DOB

Firma

Fecha

Representante de BAMHS

Fecha

100 W. Griggs Avenue
Las Cruces, NM 88001
575-522-7260 phone
575-522-1355 fax

PO Box 1349
Silver City, NM 88062
575-388-4497 phone
575-597-4499 fax

429 E. Olive Street
Deming, NM 88030
575-546-4497 phone
575-936-4481 fax

401 S Anthony Dr, St G
Anthony, NM 88021
575-388-4497 phone
575-522-1355 fax

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES, INC.

dba SOUTHWEST COUNSELING CENTER, INC.

Contrato para prescripciones de sustancias controladas

Los medicamentos de sustancias controladas (es decir, benzodiazepinas y estimulantes) son muy útiles, pero pueden ser adictivos, crear hábito y tener el potencial de mal uso; por lo tanto, están controlados por el gobierno local, estatal y federal. Están destinados a mejorar la función y / o la capacidad para trabajar, no simplemente para sentirse bien. Al poner mis iniciales, acepto cumplir con las siguientes condiciones:

() **1. Soy responsable de mis medicamentos de sustancias controladas.** Si la receta del medicamento se pierde, se extravía o se la roban, entiendo que no será reemplazada.

() **2.** No solicitaré ni aceptaré medicamentos de sustancias controladas de la misma categoría de ningún otro médico o individuo mientras esté recibiendo dicho medicamento de los Servicios de Salud Mental del Área Fronteriza (BAMHS). Además de ser ilegal, mezclar sustancias controladas puede poner en peligro mi salud y posiblemente provocar la muerte. La única excepción es si se receta mientras estoy ingresado en un hospital.

() **3. Resurtidos de medicamentos de sustancias controladas:**

- Soy responsable de tomar el medicamento en la dosis prescrita y de realizar un seguimiento de la cantidad restante. Si lo uso antes de lo prescrito, entiendo que no se volverá a surtir.
- Si necesito volver a surtir una receta de medicamentos controlados, entiendo que debo llamar con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación; de lo contrario, no se realizará una recarga. No se solicitarán recargas por teléfono.
- Entiendo que mientras la oficina esté cerrada, no se pueden ordenar medicamentos controlados.
- **Si pierdo una cita o no reprogramo mi cita de seguimiento,** Entiendo que mis medicamentos controlados no se renovarán hasta que vuelva a ver a mi médico.

() **4.** Entiendo que los informes de todas las sustancias controladas recetadas están disponibles a través del Programa de Monitoreo de Recetas (PMP) de la Junta de Farmacia de Nuevo México, y mi recetador puede solicitar un informe en cualquier momento.

() **5.** Entiendo la importancia de seguir mi plan de tratamiento según las indicaciones de mi proveedor / médico y acepto:

- Cumplir con mis citas (incluidos los seguimientos y las referencias).
- Llevar mis frascos de medicamentos a mis citas.
- Para informar cualquier medicamento administrado por otros proveedores / médicos.
- Cumplir con las solicitudes de exámenes toxicológicos de orina.

() **6** o

- a. Usar métodos anticonceptivos, incluso si actualmente no tiene una relación íntima.
- b. Detener el uso de sustancias controladas y notificar a mi médico de inmediato si se produce un embarazo.

() **7.** Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mi prescripción de sustancias controladas y / o tratamiento con BAMHS se puede terminar de inmediato. Si la infracción implica la obtención de sustancias controladas de otra persona, como se describe anteriormente, es posible que también se me informe a otros proveedores de atención médica, instalaciones médicas, farmacias y otras autoridades.

() **8.** Entiendo que el objetivo principal del tratamiento es mejorar mi capacidad para funcionar y / o trabajar. En consideración a ese objetivo, acepto abstenerme del consumo de alcohol o "drogas ilícitas". Entiendo que estas sustancias afectarán mi progreso y contrarrestarán cualquier medicamento recetado. Las "drogas ilícitas" no solo alteran la mente, sino que también son ilegales. El uso continuado de estas sustancias después de la advertencia puede resultar en la terminación de mi atención médica inmediatamente y se puede informar al PMP de la Junta de Farmacia de NM.

He leído este contrato y comprendo completamente su contenido. Además, comprendo completamente las consecuencias de violar este contrato.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Firma del paciente: _____

Firma de la agencia: _____ Fecha: _____

Border Area Mental Health Services, Inc.

dba Southwest Counseling Center, Inc.

Protocolo de detección de toxicología

Como nuestro valioso paciente, apreciamos su patrocinio en este establecimiento y nos gustaría continuar nuestra asociación con usted con respecto a sus objetivos de tratamiento de salud mental. Hemos implementado un programa de detección de toxicología por recomendación del Departamento de Salud de Nuevo México.

Esto significa que se le pueden solicitar exámenes de toxicología oral o de orina sin previo aviso, y se requiere y agradecemos su cooperación. El incumplimiento de este protocolo puede resultar en la reprogramación de citas, el cese de los medicamentos recetados y la posible interrupción del tratamiento.

Esperamos trabajar con usted en el futuro y alcanzar colectivamente las metas que hemos discutido para su tratamiento. Si está de acuerdo con este protocolo, firme con su nombre a continuación:

_____ Nombre - Imprimir	_____ DOB
_____ Firma	_____ Fecha
_____ Representante de BAMHS	_____ Fecha

100 W. Griggs Avenue
Las Cruces, NM 88001
575-522-7260 phone
575-522-1355 fax

PO Box 1349
Silver City, NM 88062
575-388-4497 phone
575-597-4499 fax

429 E. Olive Street
Deming, NM 88030
575-546-4497 phone
575-936-4481 fax

401 S. Anthony Dr. St. G
Anthony, NM 88021
575-388-4497 phone
575-201-5200 fax

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES
dba Southwest Counseling Center, Inc.

Al firmar este documento, reconozco que he recibido una copia de lo siguiente:

- Aviso de prácticas de privacidad, incluida la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas
- Política de cancelación de citas
- Números de emergencia
- Derechos del cliente

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS

POR LA PRESENTE AUTORIZO Southwest Counseling Center dba Border Area Mental Health Services a proporcionar información a mi compañía de seguros y / o Medicaid sobre mi enfermedad y tratamiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier información actualizada, incluida la información del seguro. Cualquier información que no se proporcione de manera oportuna puede ocasionar que se aplique una tarifa de pago por cuenta propia.

PERMISO DE PAGO DE BENEFICIOS DE MEDICARE / MEDICAID AL PROVEEDOR, MÉDICO Y PACIENTE

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare o Medicaid se realice a mí o en mi nombre por cualquier servicio proporcionado por mí, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier titular de información médica y de otro tipo sobre mí a divulgar a la administración de financiamiento de la atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

RESPONSABILIDAD DE PAGAR CARGOS

Acepto pagar todos los deducibles y / o copagos de acuerdo con mi plan de salud (si corresponde) o la tarifa de pago propio. Acepto pagar esta tarifa en el momento del servicio o dentro de los 30 días posteriores. Entiendo que mi información puede ser entregada a un tercero para que la cobre en una cuenta morosa.

RESPONSABILIDAD Y CONDUCTA

Su responsabilidad es informar completamente las circunstancias que afectan su tratamiento, los cambios posteriores que podrían alterar su tratamiento y cooperar plenamente en su proceso de tratamiento.

Se espera que los pacientes / clientes de Southwest Counseling Center, Inc. (SWCC) dba Border Area Mental Health Services, Inc. (BAMHS) muestren el mismo comportamiento razonable y prudente apropiado al entorno y las circunstancias que se esperaría de cualquier ciudadano del Estado. En un entorno clínico, las expresiones de enojo y / o tristeza o pena son apropiadas; es el grado y la manera en que se expresan estas emociones fuertes lo que puede conducir a problemas. En todos los casos, su comportamiento no puede violar los Estatutos del Estado de Nuevo México, especialmente si se relacionan con el daño o daño potencial a sí mismo, a la persona o propiedad de otros. BAMHS se reserva el derecho de terminar el tratamiento en cualquier momento con el aviso requerido basado en cualquier agresión verbal o no verbal.

Autorización de servicios: Por la presente solicito a SWCC / BAMHS que proporcione los servicios que se consideren necesarios, razonables y apropiados. Esto incluye, entre otros, evaluación, tratamiento y derivación.

He recibido una copia de los materiales enumerados anteriormente y estos materiales se han discutido conmigo. Además, el personal de la Agencia ha revelado en lenguaje sencillo la naturaleza del tratamiento ofrecido por la agencia, las alternativas disponibles y los riesgos de no recibir tratamiento. Entiendo y acepto estas divulgaciones y procesos y por la presente consiento voluntariamente participar en el proceso de admisión, evaluación y admisión. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin penalización.

Nombre (letra de imprenta)

Miembro del personal (Imprimir)

Firma

Firma

Fecha

Fecha

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 72883 (US Spanish version of the PHQ)												
Durante las últimas 2 semanas , ¿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 caer 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 _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____												
<p>Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Para nada difícil</td> <td>Un poco difícil</td> <td>Muy difícil</td> <td>Extremadamente difícil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P												
Confirмо que la información en este formulario es correcta.		Iniciales del paciente:		Fecha:								

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

5.10. Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta lo mejor que pueda.

	Sí	No
1. ¿Ha tenido alguna vez algún período de tiempo en el que no estaba en su estado habitual y...		
... se sintiera tan bien o tan hiperactivo que otras personas han pensado que no estaba en su estado normal o que estaba tan hiperactivo que tenía problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba tan irritable que gritaba a la gente o se ha peleado o discutido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se sentía mucho más seguro que normalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dormía mucho menos de lo habitual y creía que realmente no era importante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba más hablador y hablaba mucho más rápido de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sus pensamientos iban más rápidos en su cabeza o no podía frenar su mente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... se distraía fácilmente por las cosas de alrededor o ha tenido problemas para concentrarse o seguir el hilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía mucha más energía de la habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... era mucho más social o extrovertido de lo habitual, por ejemplo, llamaba a los amigos en plena noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tenía mucho más interés de lo habitual por el sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hizo cosas que eran inusuales para usted o que otras personas pudieran pensar que eran excesivas, estúpidas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ha gastado dinero que le trajera problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si ha respondido SÍ a más de una de las cuestiones anteriores, ¿han ocurrido varias de éstas durante el mismo período?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuánto problema le han causado alguna de estas cosas: en el trabajo; problemas con la familia, el dinero o legales; metiéndose en discusiones o peleas? Por favor señale una sola respuesta		
<input type="checkbox"/> Sin problema <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Serio		
4. ¿Ha tenido alguno de sus parientes (p. ej., hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) una enfermedad de tipo maníaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional de la salud que usted tiene una enfermedad maníaco-depresiva o un trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Complete solo si tiene 65 años o más

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

VULNERABILIDAD AL ABUSO DE LA ESCALA DE PRUEBA (VASS)

Objetivo: Identificar a las personas en riesgo de maltrato a las personas mayores a través de un instrumento de autoinforme.

Instrucciones: Por favor, simplemente responda "sí" o "no".

- ¿Le tienes miedo a alguien de tu familia? Sí No _____
- ¿Alguien cercano a usted ha intentado lastimarlo o lastimarlo recientemente? Sí No _____
- 3. ¿Alguien cercano a usted lo insultó, lo despreció o lo hizo sentir mal recientemente? Sí No _____
- ¿Tiene suficiente privacidad en casa? Sí No _____
- 5. ¿Confías en la mayoría de las personas de tu familia? Sí No _____
- ¿Puede tomar su propia medicación y moverse por su cuenta? Sí No _____
- ¿Estás triste o solo a menudo? Sí No _____
- ¿Sientes que nadie te quiere cerca? Sí No _____
- 9. ¿Se siente incómodo con alguien de su familia? Sí No _____
- 10. ¿Alguien de su familia le obliga a quedarse en cama o le dice que está enfermo cuando usted sabe que no lo está? Sí No _____
- ¿Alguien te ha obligado a hacer cosas que no querías hacer? Sí No _____
- ¿Alguien ha tomado cosas que le pertenecen sin su consentimiento? Sí No _____

Consentimiento especial para la divulgación de información confidencial

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES, INC. dba SOUTHWEST COUNSELING CENTER, INC.

Nombre del cliente:		Otros nombres:
Fecha de nacimiento:	Dirección:	Número de teléfono:

Propósitos de la liberación

El propósito de este Consentimiento es solicitar y autorizar a Border Area Mental Health Services / Southwest Counseling Center a utilizar la Plataforma Colectiva para transmitir y divulgar electrónicamente la información confidencial descrita a continuación a miembros pasados, presentes o futuros de mi Equipo de Atención a través de la Red Colectiva. con el fin de permitir que los miembros de mi equipo de atención me brinden Tratamiento. (Consulte el reverso para obtener respuestas a algunas preguntas frecuentes).

Consentimiento para divulgar información confidencial

Por la presente solicito y autorizo a Border Area Mental Health Services / Southwest Counseling Center a divulgar mi información confidencial y registros como se describe a continuación a través de la Plataforma Colectiva operada por Collective Medical Technologies, Inc. a los miembros de mi Equipo de Atención identificados a continuación que están conectados o participar en la Red Colectiva. Este consentimiento y solicitud se aplica a la información y los registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de mí como menor, si corresponde.

Cantidad y tipo de información confidencial que se divulgará [Marque UNA de las siguientes casillas]

Opción n. ° 1: documentación de atención completa. Cualquiera de los siguientes tipos de información confidencial o registros que están disponibles en el registro electrónico de los Servicios de Salud Mental del Área Fronteriza / Southwest Counseling Center (por ejemplo, notas clínicas, resúmenes de alta, planes de atención, resultados de laboratorio, medicamentos, etc.) para mi equipo de atención para fines de brindarme Tratamiento, que incluyen:

- Información de diagnóstico y tratamiento de uso de sustancias (alcohol o drogas) y cualquier información relacionada con mi tratamiento en, o cualquier registro de, cualquier programa de trastorno por uso de sustancias (incluidos medicamentos, planes de tratamiento, evaluaciones o pruebas clínicas, síntomas, diagnósticos, notas de progreso, etc. .)
- Información y registros de diagnóstico o tratamiento de VIH / SIDA o enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Información y registros de diagnóstico y tratamiento de salud mental, salud conductual y discapacidad del desarrollo, ya sea de forma ambulatoria o interna, o voluntaria o involuntariamente
- Información sobre el servicio del programa diurno para adultos

Opción n. ° 2: Información limitada sobre el equipo de atención y el encuentro de atención. Solo mi información confidencial se limita a identificar: (1) el tipo de proveedores que son miembros de mi equipo de atención, como los proveedores que se especializan en el tratamiento por uso de sustancias (alcohol o drogas) o servicios de derivación, salud mental (pacientes hospitalizados o ambulatorios, VIH o enfermedades de transmisión sexual, servicios para discapacidades del desarrollo, programas diurnos para adultos y proveedores de servicios sociales; Y (2) las fechas, lugares y tipos de encuentros con dichos proveedores (p. ej., diagnóstico asociado, quejas, códigos o información de servicio o ubicación, etc.) .

A quién se puede divulgar mi información confidencial

La información confidencial y los registros descritos anteriormente se pueden divulgar a todos los miembros pasados, presentes y futuros de mi Equipo de atención (incluidos los proveedores de atención médica, los proveedores de salud conductual y los proveedores de servicios sociales), que pueden acceder a mi información confidencial indicada anteriormente para Permitirles que me brinden Tratamiento como parte de mi Plan de atención general.

Entiendo que:

- Autorizo a Border Area Mental Health Services / Southwest Counseling Center a divulgar la información confidencial que he designado anteriormente, para los fines y las partes descritas en este Consentimiento.
- Mi decisión de firmar este Consentimiento es voluntaria y entiendo que puedo negarme a firmar este Consentimiento. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener Tratamiento o pago ni mi elegibilidad para recibir beneficios.
- Como lo requiere la ley federal (42 CFR Parte 2, § 2.13 (d)), a mi solicitud, los Servicios de Salud Mental del Área Fronteriza / Southwest Counseling Center me proporcionarán una lista de entidades a las que mi información confidencial ha sido revelada bajo este Consentimiento.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Consentimiento.
- Entiendo que puedo revocar (es decir, retirar) mi consentimiento por escrito en cualquier momento. Mi revocación entrará en vigencia cuando la reciba el Centro de Consejería de Servicios de Salud Mental del Área Fronteriza / Southwest, excepto en la medida en que otro ya hayan actuado basándose en este Consentimiento.
- Mi Consentimiento expirará al momento de mi muerte o si decido revocarlo.

Firma del cliente:	Fecha:
Representante legal (si lo hubiera) Firma:	Nombre:
Razón por la que el cliente no puede firmar (si corresponde):	
Relación con el cliente: Padre Guardián / Conservador Poder notarial para atención médica Otro representante legalmente autorizado según la ley estatal aplicable (especifique: _____)	

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES, INC. (BAMHS)

P.O. Box 1349

Silver City, New Mexico 88062

(575) 388-4497 (ph) (575) 597-4499 (fax)

Uso de mensajes de texto para el formulario de consentimiento informado de comunicaciones con el cliente

Este acuerdo para el uso de mensajes de texto para las comunicaciones del cliente es entre Border Area Mental Health Services, Inc. y ___ un cliente individual o ___ otro individuo / organization_____ (Nombre de la organización o individuo).

Elijo enviar y recibir los siguientes tipos de mensajes:

___Appointment Solo ___General información ___Other/información de salud protegida

___Ninguno

Entiendo que los sistemas de mensajería de texto no son seguros y existe la posibilidad de que la confidencialidad de dichas comunicaciones sea violada por un tercero.

Entiendo que BAMHS no puede garantizar que se pueda mantener la privacidad/confidencialidad de la información comunicada por mensaje de texto. Por lo tanto, las comunicaciones relacionadas con asuntos médicos y de salud conductual altamente confidenciales deben reservarse para otras formas de comunicación (por ejemplo, teléfono, visita personal).

Acepto que las comunicaciones de mensajes de texto con BAMHS se ofrecen para mi comodidad, y no responsabilizaré a BAMHS de ningún gasto, pérdida o daño causado por, o como resultado de: (i) un retraso en la respuesta de BAMHS a mí, o cualquier daño a mí como resultado de dicho retraso, debido a fallas técnicas, incluyendo, pero no limitado a, fallas técnicas atribuibles al proveedor de servicios de Internet de telefonía celular de BAMHS, cortes de energía, falla de mensajería electrónica de BAMHS software, falla por parte de BAMHS o de mí, para abordar adecuadamente los mensajes de texto, falla de los teléfonos celulares, computadoras o red informática de BAMHS, o transmisión de datos telefónica o por cable defectuosa; (ii) cualquier interceptación de mis comunicaciones por mensaje de texto o las comunicaciones por mensaje de texto de BAMHS por parte de un tercero; o (iii) mi incumplimiento de las pautas con respecto a nosotros de las comunicaciones por mensajes de texto que se establecen a continuación.

Estoy de acuerdo y entiendo que puedo usar mensajes de texto para comunicarme con BAMHS con respecto a mi atención y tratamiento y con BAMHS con respecto a ciertos asuntos administrativos que surgen de los servicios de tratamiento que se me brindan. Sin embargo, no usaré mensajes de texto para comunicarme con BAMHS y usaré otros medios de comunicación (por ejemplo, teléfono, visita personal) para:

- a. Emergencias u otros asuntos urgentes]
- b. Consultas que tratan con información sensible, y
- c. Situaciones en las que la respuesta de BAMHS se retrasa.

Entiendo que puedo cambiar mis métodos de comunicación preferidos en cualquier momento notificando al personal de BAMHS verbalmente, por escrito o por correo electrónico.

Para preguntas o información adicional, entiendo que puedo comunicarme con un miembro del personal al (575) 388-4497 (este número no puede recibir / enviar mensajes de texto).

Mi firma a continuación indica que he decidido utilizar el método de comunicación marcado anteriormente y que he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente.

Nombre impreso del cliente

Firma del cliente

Fecha

Notificado por el Cliente para interrumpir la siguiente forma de comunicarse con el personal de BAMHS:

___ Mensajes de texto

Staff Signature

Date

Consentimiento Informado de Telemedicina/Telesalud

Yo, _____ Entiendo que esta es la práctica de brindar servicios clínicos de atención médica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente ubicado en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a este tipo de servicios:

1. Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o servicios futuros.
2. Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con los servicios de telemedicina, que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y / o posibles violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y / o la capacidad limitada para responder a emergencias. En el caso de fallas tecnológicas, es posible que sea necesario reprogramar las sesiones.
3. No habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes sin consentimiento por escrito. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y / o requerida por la ley. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida también se aplican a los servicios de telesalud.
4. Entiendo que si tengo pensamientos suicidas u homicidas, experimento activamente síntomas psicóticos o experimento una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
5. Cualquier costo de bolsillo, como copagos, coseguros y deducibles que se apliquen a la telemedicina / telesalud o visitas en persona, son responsabilidad del paciente y vencen al recibir el servicio.
6. Para los pacientes que solo en efectivo, esperamos que el pago del costo del servicio se pague, por adelantado y en su totalidad, antes de recibir el servicio.
7. Los saldos impagos están sujetos a llamadas de cobro después de 30 días de retraso. Un estado de cuenta del saldo adeudado se envía regularmente a la última dirección conocida.
8. Si no puede asistir a sus citas programadas, se espera que se comunique con la oficina para avisar con 24 horas de anticipación para que otra persona reciba el tiempo cancelado.

Al firmar el formulario, verifico que he leído este formulario y que he tenido cualquier pregunta respondida a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con el contenido de este documento.

Paciente/Padre/Tutor - Nombre impreso

Firma y Fecha

Firma del personal de la oficina

Firma y Fecha

**Border Area Mental Health Services, Inc.
dba Southwest Counseling Center, Inc.**

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

Para garantizar la programación y el flujo de pacientes efectivos, Southwest Counseling Center, Inc. (SWCC), dba Border Area Mental Health Services Inc. (BAMHS), requiere un aviso de cancelación de 24 horas para todas las citas programadas. Es importante para nosotros que cumpla con su cita para atender mejor sus necesidades de salud mental. Como cortesía, le enviaremos un mensaje de texto y / o llamaremos para recordarle su cita.

Si cancela o no se presenta a tres citas, sus servicios con nuestra agencia serán cancelados y será derivado para continuar con su atención. Será su responsabilidad establecer la atención en otra instalación u oficina.

Se le facturará directamente un cargo de \$ 25.00 si no se presenta o cancela una cita programada con menos de 24 horas de anticipación sin la presencia de una emergencia que no pudo evitarse. La determinación de una "emergencia" quedará a discreción exclusiva de SWCC / BAMHS. No facturaremos a su compañía de seguros por este cargo. Será tu responsabilidad.

NÚMEROS DE EMERGENCIA

Cada llamada telefónica es importante para nosotros e intentamos responder a todas las llamadas y devolver todos los mensajes telefónicos lo antes posible. Los mensajes telefónicos se devolverán el mismo día hábil o el siguiente tan pronto como el médico / proveedor médico esté disponible. Todos los mensajes son revisados por el médico / proveedor médico; sin embargo, la llamada puede ser devuelta por un asistente médico u otro miembro del personal.

Tenga en cuenta que los proveedores no dejarán a sus pacientes programados para devolver las llamadas telefónicas de rutina; por lo general, se responden una vez finalizadas las sesiones de atención al paciente. Cada paciente es responsable de llamar al consultorio durante el horario comercial para reabastecer las recetas de rutina. Los reabastecimientos de medicamentos no se proporcionan en caso de emergencia. La oficina requiere hasta 5 días hábiles para procesar una solicitud de reabastecimiento.

Si está experimentando una emergencia médica potencialmente mortal, llame al:

911

Para obtener ayuda con la intervención en caso de crisis de salud mental después del horario laboral normal, llame al número de teléfono de la agencia o al:

Línea de crisis de Nuevo México 855-662-7474

Prevención nacional del suicidio 800-273-8255

Línea directa de violencia doméstica 800-799-7233

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES, INC.
dba SOUTHWEST COUNSELING CENTER, INC.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y / O DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA Y REVISE ESTE FORMULARIO DETENIDAMENTE.

Border Area Mental Health Services, Inc. (BAMHS) / Southwest Counseling Center, Inc. (SWCC) utiliza su información médica para el tratamiento para obtener el pago de su tratamiento, con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Su información médica está contenida en un registro médico que es propiedad de BAMHS & SWCC.

Para tratamiento: BAMHS / SWCC puede usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información obtenida por un proveedor de salud, como un médico, enfermero y / o cualquier otra persona que le brinde servicios de salud, se obtendrá, a petición suya, y se utilizará para determinar qué tipo de tratamiento debe recibir. Los proveedores de atención médica también registrarán las acciones que tomen en el curso de su tratamiento y no cómo usted responde.

Para pago: BAMHS / SWCC puede usar y divulgar su información médica a otros con el fin de recibir el pago por el tratamiento y los servicios que reciba. Por ejemplo, se le puede enviar una factura a usted o a un tercero beneficiario, como una compañía de seguros o un plan de salud. La información de la factura puede contener información que lo identifique a usted, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros utilizados en el curso del tratamiento.

Para operaciones de atención médica: BAMHS / SWCC puede usar y divulgar información médica sobre usted con fines operativos. Por ejemplo, su información médica puede ser divulgada a miembros del personal médico, personal de mejoramiento de riesgos o calidad y otros para:

- Evaluar el desempeño de nuestro personal;
- Evaluar la calidad de la atención y el resultado en su caso y casos similares;
- Aprenda a mejorar nuestras instalaciones y servicios; y
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica que brindamos.

Equipo: BAMHS / SWCC puede usar su información para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: BAMHS / SWCC puede usar su información para comunicarse con usted y recaudar fondos para los servicios necesarios y / o mejorados que no están cubiertos por el seguro u otros planes de salud.

Planes de salud grupales: Un plan de salud grupal, proveedor de seguro médico o HMO con respecto a un plan de salud grupal puede divulgar información médica al patrocinador del plan.

Requerido por la ley: BAMHS / SWCC puede usar y divulgar información sobre usted según lo requiera la ley. Por ejemplo, BAMHS / SWCC puede divulgar información para los siguientes propósitos:

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal;
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y
- Para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus deberes policiales.

Salud pública: Su información médica puede usarse o divulgarse para actividades de salud pública, como ayudar a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales a prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades o para otras actividades de supervisión de la salud.

Descendientes: La información médica se puede divulgar a directores de funerarias o médicos forenses para que puedan cumplir con sus obligaciones legales.

Donación de órganos / tejidos: Su información médica puede divulgarse con fines de donación de órganos, ojos o tejidos de cadáveres.

Investigar: BAMHS / SWCC puede utilizar su información médica para fines de investigación cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud y haya aprobado la investigación.

Salud y seguridad: Su información médica puede ser divulgada para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a cualquier otra persona de conformidad con la ley aplicable.

Funciones gubernamentales: Su información médica puede divulgarse para funciones gubernamentales especializadas, como la protección de funcionarios públicos o la presentación de informes a varias ramas de las fuerzas armadas.

Compensación para trabajadores: Su información médica puede ser utilizada o divulgada para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación para Trabajadores.

Otros usos: Otros usos y divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito y usted puede revocar la autorización, excepto en la medida en que BAMHS / SWCC haya tomado medidas en base a dicha autorización.

Sus derechos de información médica

Tienes derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones o su información según lo dispuesto por CFR 164.522; sin embargo, BAMHS no está obligado a aceptar una restricción solicitada;
- Obtener una copia impresa del aviso de prácticas de información cuando lo solicite;
- Inspeccionar y obtener una copia de su historial médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.524;
- Solicitar que se modifique su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.526;
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o ubicaciones alternativas; y
- Recibir un informe de las divulgaciones hechas de su información médica según lo dispuesto en 45 CFR 164.526

QUEJAS:

Puede presentar una queja ante BAMHS y el Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

BAMHS está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida;
- Proporcionarle este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- Cumplir con los términos de este aviso;
- Notificarle si no pudimos aceptar la restricción solicitada sobre cómo se usa o divulga su información; y
- Acomodar las solicitudes razonables que pueda hacer para comunicar información médica por medios alternativos o ubicaciones alternativas.

BAMHS se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de información y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos revisados estarán disponibles para usted.

Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con: Border Area Mental Health Services, Inc. ; Director ejecutivo; PO Box 1349; Silver City, NM 88062; Teléfono: (575) 388-4497

BORDER AREA MENTAL HEALTH SERVICES (BAMHS) dba SOUTHWEST COUNSELING CENTER, INC. (SWCC)

DERECHOS DE LOS CLIENTES

Tienes derecho a:

- Preguntar y recibir una copia de sus derechos y responsabilidades.
- Reciba ayuda para ejercer sus derechos
- Ser tratado con dignidad
- Estar solo cuando vea, hable o escriba a otras personas.
- Trato confidencial
- Recibir servicios independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad.
- Ser informado sobre su tratamiento y sus consecuencias.
- Sea tan libre como lo permita su plan
- Una pronta revisión de sus quejas.
- Leer sus registros y agregar información a menos que el terapeuta / administrador de atención decida que sería perjudicial para usted
- Asistencia del defensor apropiado
- Todos los derechos legales
- El derecho a conocer las calificaciones y la experiencia del médico que brinda los servicios.
- El derecho a participar en el desarrollo de su plan de tratamiento individualizado.
- El derecho a hacer preguntas sobre el tipo de estrategias de asesoramiento empleadas.
- El derecho a terminar los servicios de asesoramiento en cualquier momento.
- El derecho a ser referido a servicios alternativos no proporcionados por BAMHS / SWCC
- El derecho a la confidencialidad. Esto significa que la información compartida con el personal no se discute fuera de la agencia.

Las excepciones a la regla de confidencialidad son las siguientes:

- a. Si se considera que una persona es peligrosa para sí misma o para los demás, se debe notificar a las autoridades correspondientes.
- b. Si se sospecha que el cliente es un perpetrador de abuso infantil (sexual, físico o emocional) o un abusador de un adulto incapacitado, se debe notificar a las autoridades correspondientes.
- c. Si se sospecha que el cliente es víctima de abuso infantil (sexual, físico o emocional) o un adulto incapacitado es la víctima sospechada de abuso, se debe notificar a las autoridades correspondientes.
- d. Si el tribunal lo ordena, la agencia puede notificar al tribunal remitente sobre la asistencia y el progreso en la consejería.
- e. Si el cliente firma un formulario de "Divulgación de información" que permite la divulgación de información.
- f. Si así lo exigen las agencias reguladoras estatales, los requisitos de auditoría o los proveedores de seguros.
- g. Si el consejero es un acusado en una acción civil o criminal que surja de la terapia, en cuyo caso las confidencias del cliente pueden ser reveladas en el curso de esa acción bajo orden judicial.
- h. Si mi archivo es auditado por la fuente de financiamiento que paga por los servicios que recibo.
- i. Si hay una emergencia médica como se establece en el Estatuto 43-1-19 de Nuevo México.

Confidencialidad de los registros de clientes de abuso de alcohol y drogas

La confidencialidad de los registros de clientes de abuso de alcohol y drogas mantenidos por BAMHS / SWCC está protegida por las leyes y regulaciones federales. Generalmente, BAMHS / SWCC no puede:

1. Transmitir a una persona ajena a la Agencia la identidad de un cliente, o
2. Divulgar cualquier información que identifique a un cliente que recibe servicios por abuso de alcohol o drogas a menos que:
 - a. El cliente da su consentimiento por escrito, o
 - b. La divulgación está permitida por orden judicial de acuerdo con el Código Federal 42 CFR Parte 2, o
 - c. La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica oa una persona calificada para la investigación, auditoría o evaluación del programa.