



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

Lista de verificación para TPI, Inc. Expedientes comerciales clínicos

Lo siguiente debe ser presentado en un archivo comercial para TODOS los clientes clínicos para TPI, Inc.

- Carta de bienvenida
- Información de identificación de admisión
- Identificación de información médica
- Formulario de consentimiento de servicio
- Formulario de derechos del cliente
- Consentimiento para la comunicación electrónica
- Formulario de directiva psiquiátrica anticipada
- Consentimiento para servicios de salud telemental
- Cualquier ROI firmado por el cliente en el momento de admisión
- Formulario de crisis: barrido limpio
- Formulario de seguro: el terapeuta debe completar y enviar al personal de apoyo y al encargado de facturación
- Copia de la tarjeta de seguro para el expediente.
- Nota: No se incluyen planes de tratamiento, revisiones, pruebas o notas de casos en el expediente comercial.
- Resumen de alta 30 días después del alta de los servicios para cerrar el expediente comercial.
- Nombre del clínico: _____
- Nombre del cliente: _____
- Fecha: _____

CC: Client File/Business File



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and Waterloo

¡Bienvenido a Therapy Place, Inc.! Estamos comprometidos a brindarle un excelente servicio. Para que nuestro trabajo en conjunto sea productivo, es importante que las expectativas estén claramente definidas.

Qué puede esperar de nosotros:

1. La información que comparta con nosotros se mantendrá en confidencia.
2. Una notificación lo antes posible si su proveedor tiene que cancelar su cita y hacer arreglos con usted para reprogramarla.
3. Haremos todo lo posible por llegar a tiempo y devolver sus llamadas telefónicas.
4. Trabajar con usted para establecer metas alcanzables y ayudarlo a avanzar hacia estas metas.

Lo que esperamos de usted:

1. Participar en el establecimiento de sus metas para la terapia y progresar.
2. Asistir a las citas programadas o llamar con 24 horas de anticipación para cancelar.
3. Asumir la responsabilidad financiera autorizando previamente el tratamiento con su compañía de seguros, pagando copagos / coseguros al momento del servicio y manteniendo su cuenta al día si corresponde. Pueden aplicarse algunas excepciones.

Tarifas:

Evaluaciones: Terapeuta - \$250.00 Enfermera practicante - \$300.00
Sesiones de terapia: 60 minutos - \$200.00; 45 minutos - \$150.00; Familia con o sin cliente - \$175.00
Chequeo de medicamentos: \$150.00; Grupo- \$50.00 por hora; Sesión de crisis: \$200.00
Citas en las que no se presenta / cancelar tardíamente para TODOS los seguros excepto el Título 19: \$25.00

Seguro:

Si está utilizando un seguro médico, incluido el Título 19, deberá verificar la cobertura antes de su primera visita. Si su compañía de seguros cubre nuestros servicios y si yo soy un proveedor de su compañía de seguros, nuestra oficina facturará a su compañía después de cada visita. Si su cobertura tiene un contrato con su HMO o PPO, usted solo es responsable del copago y co-seguro requeridos. Los copagos / coseguros se deben pagar antes de cada sesión. Si no tiene cobertura, se espera el pago el día de su sesión en consulta con su terapeuta.

En caso de emergencia: llame a su terapeuta y / o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Entiendo que para dos citas programadas con una sin presentismo / ni llamar y / o la cancelación de 3 citas programadas, pierdo el derecho a seguir siendo cliente de Therapy Place, Inc. según las circunstancias y en consulta con su terapeuta.

He leído la información anterior y mi firma indica mi aceptación de los términos de este acuerdo.

Proveedor de Therapy Place, Inc.
File/Business File

Cliente o padre / tutor

DatCC:cliente



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

FECHA: _____ REMITIDO por: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Sexo: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Número de Seguro Social: _____
Teléfono celular: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
En caso de emergencia, ¿a quién podemos contactar en su nombre? _____
Relación con usted: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

EMPLEO Y EDUCACIÓN

Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____
Escuela primaria / secundaria: _____ Grado / Fecha de graduación: _____
Universidad / Programa técnico: _____ Año / Fecha de graduación: _____
Rama militar: _____
¿Dónde prefiere recibir llamadas? (Marque) Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
¿Cuándo es el mejor momento para comunicarnos con usted? Hora: _____ Días: _____
¿Podemos dejarle mensajes? (Marque) Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

ESTADO CIVIL

Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____
Vivo con _____
Nombre de su cónyuge o pareja: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____
Nivel de educación: _____

SI EL CLIENTE ES UN NIÑO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

El niño vive con

Ambos padres: _____ Madre: _____ Padre: _____ Otro (especifique): _____
Padre (1) Nombre: _____ **Padre (2) Nombre:** _____
Dirección _____ Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal _____ Ciudad, estado, código postal _____
Ocupación _____ Ocupación _____
Empleador _____ Empleador _____
Dirección del empleador _____ Dirección del empleador _____
Teléfono del empleador _____ Teléfono del empleador _____

CC: Client File/Business File



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

NOMBRE: _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN de Pago y Comunicación de la Compañía de Seguros

Autorizo la divulgación de información confidencial, incluyendo opiniones profesionales, informes de pruebas, exámenes, resúmenes de tratamiento, diagnóstico y pronóstico que se me brindan a mí o a mi dependiente durante el período de dicha atención, a terceros pagadores. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente todos los beneficios del seguro que de otro modo me pagarían. Acepto ser responsable del pago (cargos que se consideran normales y habituales) de todos los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes.

Firma del cliente / Tutor del cliente: _____ **Fecha** _____

CONSENTIMIENTO para comunicarse con el médico de cabecera MÉDICO DE CABECERA:

Nombre del médico _____ Nombre de la clínica _____

Dirección _____ Teléfono _____

Para coordinar su atención, es posible que necesitemos comunicarnos con su médico de cabecera:

Por la presente doy mi consentimiento a tal comunicación con mi médico de cabecera.

Firma _____ **Fecha** _____

No doy mi consentimiento.

Firma _____ **Fecha** _____

CC: Client File/Business File



Serving Southwest Iowa
 Therapy, Groups, Assessments
 PCIT, EMDR, Psychiatric Services
 Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
 Mailing Address: P.O. Box #1
 Panama Iowa, 51562
 Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
 Waterloo

Información médica

Nombre: _____ **SSN #:** _____ **Fecha:** _____

La razón por la que estoy aquí hoy es _____

Por favor, marque los puntos a continuación que se aplican a usted en los últimos seis meses:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cambio en el apetito | <input type="checkbox"/> preocupado por tu apariencia |
| <input type="checkbox"/> pérdida de peso | <input type="checkbox"/> olvidos o problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> aumento de peso | <input type="checkbox"/> enojo |
| <input type="checkbox"/> atracones o purgas | <input type="checkbox"/> peleas verbales |
| <input type="checkbox"/> preocupado por tu peso | <input type="checkbox"/> peleas físicas |
| <input type="checkbox"/> problemas para dormir | <input type="checkbox"/> problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> energía alta | <input type="checkbox"/> dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> energía baja | <input type="checkbox"/> pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> inquieto / dificultad para sentarse quieto | <input type="checkbox"/> triste o deprimido |
| <input type="checkbox"/> ansioso o nervioso | <input type="checkbox"/> episodios de llanto |
| <input type="checkbox"/> pérdida de intereses | <input type="checkbox"/> pensamientos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> siento que la mente está jugando trucos | <input type="checkbox"/> autolesión / daño |

¿Alguna vez ha recibido consejería / terapia o medicación para cualquiera de los casos anteriores? Si No.
 Si es "Sí", dónde _____ cuándo _____ con quién _____

¿Ha sido hospitalizado por alguno de los anteriores? No. Si la respuesta es "Sí", dar la razón:

Si es "Sí", dónde _____ cuándo _____ con qué Doctor _____

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen físico completo? _____

¿Quién es su médico de cabecera? _____

¿Cómo califica su salud en general? Excelente Bueno Regular Deficiente

¿Cuál es su principal preocupación acerca de su salud? _____

¿Algún otro problema médico? Describa _____

¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a los medicamentos? Si la respuesta es "Sí", describa: _____

Por favor complete lo siguiente con respecto a su medicamento actual:

Nombre del medicamento / hierbas	Recetado Sí/No	Cuándo fue recetado / Quién lo recetó	Cantidad diaria	Razón



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
*Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo*

Nombre: _____ **SSN #:** _____ **Fecha:** _____

Juegos de azar: _____ Sí _____ No; cuántas veces al mes: _____

¿Qué porcentaje de sus ingresos mensuales gasta al mes en juegos de azar: _____?

¿Usa tabaco? _____ Sí _____ No

¿Usa cafeína? _____ Sí _____ No

¿Usa otras sustancias: _____ Sí _____ No Qué sustancias: _____

Antecedentes de tratamiento previo: _____

¿Abusa de medicamentos de venta libre o recetados?

CC: Client File/Business File



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
*Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo*

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

Nosotros, los abajofirmantes, acordamos aceptar servicios para nosotros y / o la familia de Therapy Place, Inc., (Therapy Place) que brinda servicios terapéuticos, de apoyo, evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos a familias, parejas e individuos en el contexto de sus familias.

Entendemos que, en el curso del tratamiento o los servicios de apoyo, se discutirán muchos temas. Algunos de estos temas pueden ser, pero no se limitan a: edad, logros educativos, antecedentes familiares, esfuerzos de tratamiento previos, relaciones familiares, problemas maritales, sexualidad, violencia, actividades de ocio, uso de drogas / alcohol, participación médica, limpieza, compras / otros hábitos, higiene y tratamiento psiquiátrico pasado.

Entendemos que Therapy Place es un servicio privado que se esfuerza por brindar un lugar seguro para que las personas conversen sobre sus inquietudes. Es posible que se le invite a construir nuevas formas de comprender su situación actual y se le pedirá que piense en cómo podría cambiar esa situación si así lo deseara.

No se divulgará ni revelará información que lo identifique a usted o/a su familia sin el consentimiento por escrito de uno de los padres o su representante legalmente designado. Es posible que se le solicite que firme divulgaciones específicas de información a cualquier otra persona o agencia con la que el personal de Therapy Place considere importante comunicarse, en el mejor interés de su familia. Therapy Place no utilizará a sabiendas ningún tratamiento o procedimiento que sea experimental, controvertido o conlleve un riesgo intrínseco. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier procedimiento utilizado durante la terapia.

Acepto permitir que el personal de Therapy Place me transporte a mí / al niño hacia y / o desde las sesiones de terapia, los servicios de apoyo o los servicios psiquiátricos, si corresponde.

Cualquier queja relacionada con la calidad de los servicios proporcionados por Therapy Place debe presentarse por escrito al presidente de Therapy Place, Inc. Se llevará a cabo una revisión de la queja dentro de los treinta días.

Este acuerdo se celebró y firmó el _____ día de _____

en nombre de _____ por:

(Firma del cliente)

(Firma del padre / tutor)
(Si el cliente es menor de 18 años)

(Fecha)

(Relación con el cliente)

(Testigo de la firma)

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta un año después de que se haya dado de baja la participación de la familia / individuo en Therapy Place, Inc. *Las firmas indican que el cliente / padre / tutor leyó, entendió y acordó el formulario.

CC: Client File/Business File



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
*Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo*

DERECHOS DEL CLIENTE

Sus derechos como cliente son los siguientes:

1. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier procedimiento utilizado durante la terapia. Si lo desea, le explicaré mi enfoque habitual y los métodos de terapia.
2. Tiene derecho a decidir no recibir asistencia terapéutica de esta agencia. Si lo desea, le proporcionaré los nombres de otros profesionales calificados en esta área.
3. Tiene derecho a finalizar la terapia en cualquier momento sin obligaciones morales, legales o financieras con excepción de las que ya ha contraído, a menos que lo ordene el tribunal.
4. Como cliente, debe saber que hay ciertas situaciones en las que la ley me exige que revele información obtenida durante la terapia a otras personas o agencias sin su permiso. No estoy obligado a informarle de mis acciones a este respecto. Estas situaciones son las siguientes:
 - A. Si amenaza con causar lesiones corporales graves o muerte a otra persona, la ley me exige que informe a la víctima prevista y a las autoridades correspondientes.
 - B. Si un tribunal de justicia emite una citación legítima, la ley me exige que proporcione la información que se describe específicamente en la citación.
 - C. Si revela información relativa a un abuso o negligencia infantil, la ley me exige que informe de esto a las autoridades correspondientes.
 - D. Si está en terapia como resultado de una orden judicial, se me requiere que informe al tribunal sobre el progreso.

(Firma del cliente)

(Firma del padre / tutor)
(Si el cliente es menor de 18 años)

(Fecha)

(Relación con el cliente)

(Firma del testigo)

TENGA EN CUENTA: A NADIE SE RECHAZARÁ LOS SERVICIOS POR INCAPACIDAD DE PAGAR. NO DISCRIMINAREMOS POR RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL, DISCAPACIDAD, RELIGIÓN U ORIENTACIÓN SEXUAL.

* Las firmas indican que el cliente / padre / tutor leyó, entendió y acordó el formulario.



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and Waterloo

Consentimiento para el uso de comunicaciones electrónicas y derechos del paciente

CONDICIONES PARA EL USO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Therapy Place, Inc utilizará medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de comunicaciones electrónicas enviada y recibida. Por favor reconozca y consienta las siguientes condiciones:

1. La comunicación electrónica puede incluir, pero no se limita a, correo electrónico, mensajes de texto, fax, redes sociales, etc.
2. Therapy Place, Inc trabajará con usted para evitar desventajas (como demasiado riesgo para su privacidad o el uso de comunicaciones electrónicas) cuando una visita presencial parece ser necesaria. También es importante comprender que, en ocasiones, la comunicación por correo electrónico o la comunicación por teléfono celular, incluyendo el contenido de mensajes de texto entre usted y su terapeuta pueden malinterpretarse debido a la falta de contacto visual, tono vocal y atención a las expresiones faciales entre el cliente y el terapeuta. Si no está seguro acerca de la intención o el contenido de un correo electrónico o la intención del terapeuta a través de un mensaje celular o una conversación, se le anima a discutir sus inquietudes / preguntas y pedir una aclaración.
3. La comunicación electrónica no es apropiada para situaciones urgentes o de emergencia. Haremos nuestro mejor esfuerzo para responder dentro de los 3 días. Si no ha recibido una respuesta después de 3 días, llame para hablar directamente con nosotros al (712) 254-9018. Si tiene una emergencia, llame al 911 o a su sala de emergencias local.
4. La comunicación electrónica no debe usarse para la comunicación con respecto a temas sensibles o potencialmente mortales, como suicidio, abuso de cónyuge o niños, dependencia química, etc.
5. La comunicación electrónica relacionada con la consulta de salud puede registrarse en su registro médico, al igual que son las llamadas telefónicas y sesiones.
6. Si se comunica con su terapeuta con frecuencia por correo electrónico o por teléfono fuera de su sesión normal, es importante comprender que su terapeuta le facturará una parte de su tiempo, según su tarifa por hora habitual según lo acordado. Como el terapeuta ve a numerosos clientes por semana, el terapeuta puede recibir numerosos correos electrónicos y llamadas cada semana de muchos clientes.
7. Para proteger su privacidad, comprenda que está en contra de la ética profesional de Therapy Place, Inc. vincularse con clientes a través de cualquier plataforma de redes sociales (por ejemplo, Facebook, Twitter, Instagram, etc.).



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and Waterloo

RIESGOS EN EL USO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

La transmisión de información por comunicación electrónica tiene riesgos a considerar. Estos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

1. Las comunicaciones electrónicas se pueden alterar, interceptar, reenviar o usar sin autorización o detección.
2. Las comunicaciones electrónicas pueden circular, reenviarse y almacenarse en archivos impresos y electrónicos.
3. Los remitentes de comunicaciones electrónicas pueden ingresar la dirección de correo electrónico / número de teléfono incorrectos.
4. Las comunicaciones electrónicas pueden perderse debido a fallas técnicas durante la redacción, transmisión y / o almacenamiento.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL CLIENTE

He leído y entiendo completamente la información en este formulario de autorización. Doy mi consentimiento a las condiciones de comunicación electrónica y acepto cumplir con las pautas enumeradas anteriormente, así como comprender y aceptar los riesgos asociados con el uso de comunicaciones electrónicas no seguras. Además, entiendo que, al igual que con todos los medios de comunicación electrónica, puede haber casos más allá del control del proveedor de atención médica donde la información puede perderse y exponerse inadvertidamente, como durante fallas técnicas. Al firmar a continuación, reconozco los riesgos de privacidad asociados con el uso de comunicaciones electrónicas y autorizo a Therapy Place, Inc a comunicarse conmigo o con cualquier dependiente / pupilo menor con el propósito de recibir asesoramiento, educación y tratamiento sobre salud mental y / o uso de sustancias.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor
(si se requiere): _____ Fecha: _____

Firma del terapeuta: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN ELECTRÓNICA DE LA SESIÓN

Con el consentimiento del cliente o del padre / tutor, puede resultar beneficioso para ciertos aspectos de una sesión de terapia que sea grabada en audio, grabado en video o fotografiada. Las grabaciones solo se utilizarán para los siguientes propósitos: para retener información importante en los expedientes del cliente que pueda beneficiar al plan de tratamiento general en sesiones futuras o para permitir que los estudiantes que ingresan al campo de la salud mental obtengan información y mejoren su educación. El uso de esta técnica depende totalmente del cliente o padre / tutor y puede modificarse en cualquier momento

Firma del cliente o tutor: _____ Fecha: _____



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

Directiva anticipada psiquiátrica: para ser utilizada en todos los clientes de MCO

Actualmente tengo una directiva anticipada psiquiátrica.

No tengo una directiva anticipada psiquiátrica. Entiendo que puedo dar seguimiento a esta opción con la información proporcionada a continuación. Si se completa dicho documento, proporcionaré una copia a esta agencia.

Las instrucciones psiquiátricas anticipadas son instrumentos legales relativamente nuevos que pueden usarse para documentar las instrucciones o preferencias específicas de una persona competente con respecto al tratamiento futuro de salud mental. Las instrucciones psiquiátricas anticipadas se pueden utilizar para planificar la posibilidad de que alguien pierda la capacidad de dar o negar su consentimiento informado al tratamiento durante episodios agudos de enfermedad psiquiátrica.

Qué se puede incluir en una directiva anticipada psiquiátrica

- Síntomas de crisis
- Opciones de medicamentos
- Opciones de hospital
- Contactos de emergencia
- Factores de recaída / protectores
- Instrucciones para el personal
- Otras instrucciones

Para obtener más información sobre lo que puede incluir en una directiva anticipada psiquiátrica, visite www.nrc-pad.org

Se recomienda que busque asesoramiento legal al completar este documento. Actualmente, Iowa no tiene un Formulario de directiva anticipada psiquiátrica específico.

Firma

Fecha

CC: Archivo del cliente / Archivo comercial



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

Fecha: _____

Barrido limpio: Plan de seguridad en caso de crisis; Protección de los clientes suicidas

1. Señales de advertencia (discuta y determine cualquier cambio que haya ocurrido en el comportamiento, el habla o el contenido del pensamiento):

2. Estrategias de afrontamiento (utilice los signos de advertencia, identifique estrategias de afrontamiento que hayan utilizado en el pasado O enseñe y discuta nuevas estrategias de afrontamiento que se pueden implementar. Discuta las razones para vivir también durante este paso):

3. Distracciones sociales (Identifique a las personas (no de la familia) y los entornos sociales que proporcionarán una distracción y aumentarán la conexión social del joven):

4. Apoyo social (Identifique a familiares / amigos cercanos específicos a los que pueda informar sobre los momentos de crisis del joven. Estas personas deben estar a bordo para ser un punto de contacto):

Nombre:	Número:	Notificado:
Nombre:	Número:	Notificado:
Nombre:	Número:	Notificado:

5. Apoyo profesional (Discuta el apoyo de salud mental personal, local y nacional al que pueden acceder durante una crisis) Durante el horario comercial, el cliente se comunicará con su terapeuta individual, ya que están en la mejor posición para ayudar y guiarlo adecuadamente. Si es posible, debe realizarse una sesión de crisis antes de la sala de emergencias. **Therapy Place Inc. 712-254-9018; Línea directa de suicidio: 1-800-273-TALK**

Nombre:	Número:
Nombre:	Número:
Nombre:	Número:

6. El cliente accederá al hospital local en caso de emergencia. El cliente irá directamente al hospital o llamará al 911.

7. Medios de eliminación (BARRIDO DE SEGURIDAD) (Discuta e identifique cualquier acceso a medios letales):

Los pasos se tomarán en orden, Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3. El cliente intentará esos tres niveles antes de llamar al terapeuta identificado. Si el cliente ha probado todos los niveles y aún no puede manejar la situación, el cliente continuará con el Nivel 6 como se especificó anteriormente.

Firma del cliente: _____ Firma del médico / terapeuta: _____

Copias hechas para el cliente, apoyo social, tutores (si es menor de 18 años) y médico



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el abajofirmante, autorizo la divulgación de la siguiente información:

- Asistencia a las sesiones solamente
- Diagnóstico
- Evaluación de diagnóstico
- Resultados de evaluación / pruebas
- Tratamiento de salud mental
- Información médica / de salud, incluyendo el VIH
- Consulta de caso
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias
- Informes que incluyen diagnóstico, asistencia, participación, recomendaciones, progreso y pronóstico.
- Resumen de terminación / alta
- Otro _____

Información que se divulgará (marque con un círculo) _ PARA: _ DESDE: _ AMBOS HACIA Y DESDE:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Compañía: _____ Fax: _____

Respecto a:

NOMBRE DEL CLIENTE / FAMILIA: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

- El propósito de esta divulgación es facilitar la coordinación eficaz del servicio de tratamiento.
- Una fotocopia o reproducción exacta de este formulario para divulgación de información tendrá el mismo efecto que el original.
- Esta autorización vencerá automáticamente un año después de la fecha de la firma a menos que se especifique un período más corto (número específico de días / meses): _____
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado según lo autorizado, mediante notificación por escrito a Therapy Place, Inc. o su representante.
- Entiendo que tengo el derecho de revisar la información divulgada poniéndome en contacto con la oficina de Therapy Place, Inc. Una vez que esta autorización haya expirado o haya sido revocada, solo se puede renovar mediante la ejecución adecuada de otra autorización.
- Reconozco que la información que se divulgará puede incluir material protegido por la ley estatal y / o federal, incluida la información sobre salud mental, abuso de alcohol / drogas, VIH / SIDA o todos estos. Mi firma autoriza la divulgación de sólo la información especificada anteriormente.
- Entiendo que la información autorizada por este consentimiento no se puede divulgar a nadie más que a los enumerados anteriormente a menos que yo otorgue un permiso por escrito. *Firma (s) indica que el cliente /



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
*Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
Waterloo*

padre / tutor recibió una copia de la política de confidencialidad / privacidad de Therapy Place, Inc.

(Firma del cliente)

(Firma del padre / tutor)
(Si el cliente es menor de 18 años)

(Fecha)

(Relación con el cliente)

Testigo
(Firma del testigo)

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE SALUD TELEMENTAL:



Serving Southwest Iowa
Therapy, Groups, Assessments
PCIT, EMDR, Psychiatric Services
Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
Mailing Address: P.O. Box #1
Panama Iowa, 51562
Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and Waterloo

Yo / Nosotros entendemos que la salud telemental es el uso de tecnologías de información y comunicación electrónicas por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a un individuo cuando él / ella se encuentra en un sitio diferente al del proveedor; y por la presente consiento para brindarme servicios de atención médica a través de la salud telemental por: (nombre del médico) _____.

Yo / Nosotros entendemos que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la salud telemental. Como siempre, su compañía de seguros tendrá acceso a sus registros médicos para revisión / auditoría de calidad.

Yo / nosotros entendemos que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Yo / nosotros entendemos que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento con respecto al uso de la salud telemental en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento comunicándome con Therapy Place, Inc. al 712-254-9018. Mientras este consentimiento esté en vigor, se me pueden proporcionar servicios de salud mental a través de la salud telemental sin necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.

No se divulgará o divulgará ninguna información que lo identifique a usted o/a su familia sin el consentimiento por escrito de usted, uno de los padres o su representante legalmente designado. Es posible que se le solicite que firme divulgaciones de información específicas para cualquier otra persona o agencia con la que el personal de Therapy Place considere importante comunicarse, en el mejor interés para usted y / o su familia. Therapy Place no utilizará a sabiendas ningún tratamiento o procedimiento que sea experimental, controvertido o conlleve un riesgo intrínseco. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier procedimiento utilizado durante la terapia.

Cualquier queja relacionada con la calidad de los servicios proporcionados por Therapy Place debe presentarse por escrito al presidente de Therapy Place, Inc. Se llevará a cabo una revisión de la queja dentro de los treinta días.

Este acuerdo se celebró y firmó el _____ día de _____

en nombre de _____ por:

(Firma del cliente o padre si el cliente es menor de 18 años)

(Relación con el cliente)

(Fecha)

(Dirección de correo electrónico del cliente)

(Testigo de la firma)

(Teléfono del cliente número)

Dirección de correo electrónico: _____

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta un año después de que se haya dado de baja la participación de la familia / individuo con Therapy Place, Inc. *Las firmas indican que el cliente / padre / tutor leyó, entendió y acordó el formulario. DS - 2-16-19-3-05-19-4 / 17/19



Serving Southwest Iowa
 Therapy, Groups, Assessments
 PCIT, EMDR, Psychiatric Services
 Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
 Mailing Address: P.O. Box #1
 Panama Iowa, 51562
 Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
 Waterloo

Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha: _____

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. En las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?				
a. Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse letárgico, deprimido o desesperanzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para conciliar el sueño/permanecer dormido dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo, que es un fracaso o ha desilusionado a usted o su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haber notado. O lo contrario; ser tan nervioso o inquieto que ha estado moviéndose mucho más de lo habitual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que sería mejor que estuviese muerto o de lastimarse de alguna manera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si ha marcado algún problema en este cuestionario hasta ahora, ¿cuán difícil han hecho estos problemas que cumpla con su trabajo, cuide de las cosas en casa, o se lleve bien con otras personas?	No es difícil en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Serving Southwest Iowa
 Therapy, Groups, Assessments
 PCIT, EMDR, Psychiatric Services
 Team Meetings, Aftercare Program
www.therapyplaceinc.com

Email: office@therapyplaceinc.com
 Mailing Address: P.O. Box #1
 Panama Iowa, 51562
 Offices In: Atlantic, Council Bluffs, and
 Waterloo

Cuestionario PHQ-9* para la Guía de Puntuación e Interpretación de la Depresión

Sólo para uso médico

Puntuación:

Cuente el número de casillas marcadas en una columna. Multiplique ese número por el valor indicado a continuación y luego sume el subtotal para producir una puntuación total. El rango posible es 0-27. Utilice la siguiente tabla para interpretar la puntuación PHQ-9.

Ningún día	(#) ___	x = 0
Varios días	(#) ___	x = 1
Más de la mitad de los días	(#) ___	x = 2
Casi todos los días	(#) ___	x = 3

Puntuación total:

Interpretación de las	Score	Acciones basadas en la puntuación PH9 Acción
Mínima depresión	0-4	<4 La puntuación sugiere que el paciente puede no necesitar tratamiento para la depresión.
Depresión leve	5-9	
Depresión moderada	10-14	> 5 - 14 El médico utiliza el juicio clínico sobre el tratamiento, basado en la duración de los síntomas y la insuficiencia funcional del paciente.
Depresión moderadamente grave	15-19	
Depresión grave	20-27	> 15 Anerita el tratamiento para la depresión, el uso de antidepresivos, psicoterapia y / o una combinación de tratamientos.

* PHQ-9 se describe con más detalle en el sitio de internet de McArthur Institute on Depression & Primary Care: www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9/