

Nos complace que haya elegido a Lone Star Circle of Care (LSCC) como su proveedor de atención médica. Esperamos poder brindarle a usted y a los miembros de su familia servicios de salud excepcionales y enfocados en el paciente. Este documento proporciona información para ayudarle a entender el proceso de terapia.

LSCC proporciona terapia a personas individuales, familias y parejas, y terapia de grupo a niños, adolescentes y adultos. Sus proveedores utilizarán diferentes métodos o procedimientos en sus reuniones en función de sus necesidades específicas. Si los proveedores de LSCC determinan que no pueden ayudarle con sus necesidades, lo discutirán con usted y le proporcionarán referencias.

Beneficios del asesoramiento y la relación terapéutica:

La relación terapéutica debería darle la capacidad a usted o a su hijo de aprender cómo: manejar los sentimientos y los comportamientos difíciles; fijar y alcanzar sus objetivos; mejorar la conciencia de sí mismo; mejorar la comunicación en las relaciones; mejorar la capacidad para sobrellevar una situación en forma positiva, y reducir los síntomas de ansiedad y depresión, entre otros beneficios.

La relación entre el terapeuta y el cliente es una relación profesional. Su terapeuta no asiste a reuniones sociales, no escribe referencias ni se involucra con pacientes fuera de nuestras sesiones de terapia.

Para proteger su privacidad, si un proveedor de LSCC lo ve en público, el proveedor limitará cualquier interacción con usted. Al mantener la relación sólo profesional, y no personal, los proveedores de LSCC mantienen la integridad y la privacidad de la relación terapéutica.

Riesgos:

Existe un riesgo al participar en una terapia porque hablar sobre acontecimientos desagradables de su pasado puede generar sentimientos desagradables. Pueden surgir sentimientos negativos en el proceso de curar y de encontrar un equilibrio.

No hay garantía de que se logrará un resultado determinado con la terapia. Pero algunos beneficios son que los síntomas y problemas atendidos durante la sesión de terapia pueden reducirse o resolverse.

La confidencialidad es requerida por ley y por los estándares éticos profesionales.

Existen **excepciones para mantener la confidencialidad de su información personal.**
Por ejemplo:

1. Si hace una amenaza grave para causarle daño a una víctima que puede ser identificada.
2. Si hace una amenaza grave para hacerse daño a usted mismo.
3. Si nuestros proveedores sospechan que existe abuso o negligencia de un niño.
4. Si nuestros proveedores sospechan que existe el abuso o negligencia de una persona vulnerable, discapacitada o de un anciano.
5. Si presenta una demanda o queja contra nuestros proveedores y se les exige que respondan.
6. Si un tribunal de justicia ordena a nuestros proveedores que compartan la información de usted o si la ley exige una divulgación de información.
7. Si le indica a nuestros proveedores, por escrito, que compartan la información de usted.
8. En la mayoría de los casos, los menores de edad (menores de 18 años) no cuentan con una confidencialidad total ante las solicitudes hechas por sus padres o tutores.
9. Si bien nuestros proveedores son tan cuidadosos como es posible, no pueden prometer la total confidencialidad de parte de otros miembros de una terapia de grupo.
10. La compañía de seguro de salud que paga por sus servicios de terapia (si es su caso) tiene el derecho de revisar sus expedientes médicos.

Política sobre redes sociales:

Para proteger su confidencialidad y de acuerdo con la ética profesional, los proveedores de LSCC no aceptan solicitudes de amistad o de conexión por parte de pacientes en ninguna plataforma de redes sociales, como Facebook o LinkedIn. Usted puede seguir las cuentas públicas en redes sociales de su proveedor, pero por favor no haga ningún comentario que permita que otros sepan que usted es su paciente. Si hace este tipo de comentarios, sus comentarios serán eliminados para ayudar a proteger su privacidad.

Trato dado a los niños:

Si en la actualidad su capacidad de representante de una persona bajo la atención médica de LSCC (ya sea como padre, como tutor legal u otro) está sujeta a los términos y condiciones de un acuerdo de custodia u orden judicial, usted debe proporcionar a LSCC una copia completa firmada del acuerdo correspondiente o la orden, aprobada y

firmada por el tribunal, antes de que podamos proporcionarle servicios de atención médica conductual al menor. Se mantendrá en el expediente médico del menor una copia del documento que acredite la capacidad que usted tiene como su representante. Una vez que comience el tratamiento, si su capacidad de representante como padre o tutor legal se termina, modifica o cambia por cualquier motivo, usted debe notificar a LSCC de inmediato y solicitar por escrito la revocación o enmienda de este consentimiento.

Confidencialidad para pacientes menores de edad:

Al trabajar con niños (menores de 18 años) los proveedores de LSCC tratan de honrar lo que el niño hace o dice en sus sesiones manteniendo la confidencialidad siempre que sea posible y seguro. Cuando corresponda, los proveedores de LSCC entregarán resúmenes de los objetivos, el plan y los avances del tratamiento, así como las recomendaciones a los padres o tutores legales.

Si no está satisfecho con los servicios:

Si no está satisfecho con los servicios de nuestros proveedores por cualquier motivo, por favor comuníquenos sus inquietudes. Si no podemos resolver sus inquietudes, puede presentar una queja a:

[Discipline and Complaints – Texas Behavioral Health Executive Council](#)

O llame al (800) 821-3205

Emergencia:

En caso de crisis o emergencia, llame:

- **Emergencia en general: 911**
- <https://988lifeline.org>

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Nombre del padre o tutor legal en letra de molde: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas dos (2) semanas , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Use " " para indicar su respuesta)</i>	No, para nada	Varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si marcó **cualquier** problema, ¿cuán **difícil** se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido
difícil
D

Algo
difícil
D

Muy
difícil
D

Extremadamente
difícil
D

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

S2BI: Para edades 12-17

En el AÑO PASADO, cuántas veces consumió:	Nunca	Una vez o dos veces	Mensualmente	Semanalmente
Tabaco:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos con receta que no le fueron prescritos a usted: (como medicamentos para el dolor o Adderall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas ilegales: (como la cocaína o el éxtasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes: (como el óxido nitroso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hierbas o drogas sintéticas: (como la salvia, "K2" o sales de baño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audit-C: Para edades 18+

- Con que frecuencia consume alguna bebida alcoholica?
 - Nunca
 - Una o menos veces al mes
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 o 3 veces a la semana
 - 4 o mas veces a la semana
- Cuántas consumiciones de bebidas alcoholicas suele realizar en un dia de consumo normal?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7 a 9
 - 10 o mas
- Con que frecuencia toma 6 o mas bebidas alcoholicas en un solo dia?
 - nunca
 - menos de una vez al mes
 - mensualmente
 - semanalmente
 - a diario o casi a diario

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre del cuidador/tutor: _____ Fecha de hoy: _____

Con el fin de ayudarnos a comprenderles mejor a usted y a su hijo o hija y satisfacer sus necesidades, responda las siguientes preguntas. Es posible que algunas de estas preguntas no se apliquen a usted o a su hijo o hija. En ese caso, responda "No".

Gracias

¿Cuál es su nivel de dolor en una escala de 0 (ninguno) a 10 (peor)? _____ Dónde/tipo de dolor: _____

- Sí No ¿Le han hecho un examen médico completo en el último año?
¿Cuándo? _____ ¿Quién se lo hizo? _____ Dónde _____
- Sí No ¿Tiene una Directiva Avanzada Psiquiátrica (PAD en inglés)? *Una Directiva Avanzada Psiquiátrica es un documento legal que permite a otra persona actuar en su nombre si se enferma gravemente y no puede tomar decisiones sobre el tratamiento.*
- Sí No ¿Hay algún documento legal que diga quién puede tomar decisiones médicas para el paciente? (por ej.: de custodia, tutela, etc.) Si sí, favor de darnos una copia del documento.
- Sí No ¿Tiene alguna de las siguientes inquietudes?
- ¿Cambio de peso involuntario de 10 o más libras en los últimos 3 a 6 meses?
 - ¿Una enfermedad o problema que le hizo cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come?
 - ¿Problemas en los dientes o la boca que le dificultan comer?
 - ¿Un gran cambio en las últimas 2 semanas en el deseo de comer, o de la cantidad de comida que ingiere?
 - ¿Le preocupa haber perdido el control sobre cuánto come? ¿Se hace vomitar cuando se siente incómodamente lleno?
¿Se esconde para comer?
- Sí No ¿Es capaz de cuidarse como solía hacerlo o hacer las cosas como solía hacerlo?
- Sí No ¿Tiene problemas con sus finanzas? ¿No puede pagar las cosas que necesita?
- Sí No ¿Tiene dificultades constantes y repetidamente con apostar que están teniendo un impacto negativo en la calidad de su vida?
- Sí No ¿Tiene problemas con su educación?
- Sí No ¿Tiene problemas con su trabajo?
- Sí No ¿Tiene problemas para alcanzar sus metas debido a problemas legales?
- Sí No ¿Hay cosas sobre su identidad cultural que afectan sus razones para buscar ayuda?
¿Hay cosas sobre su identidad cultural que le están causando dificultades?
- Sí No ¿Es sexualmente activo(a)?
- Sí No ¿Alguien le obliga a tener relaciones sexuales?
- Sí No ¿Alguien le está amenazando sexualmente o le está tocando de una manera que le hace sentirse incómodo(a)?
- Sí No ¿Alguien le está amenazando o lastimando físicamente, o le está acosando (*Bullying*)?
- Sí No ¿Alguien le está amenazando verbal o emocionalmente?
- Sí No Alguien le impide:
- ¿Hablar con quien quiera?
 - ¿Ir a donde quiera?
 - ¿Ver a quién quiera?
 - ¿Tener comida, agua, ropa o un lugar para quedarse?
 - ¿Ir al médico o tomar medicamentos?
 - ¿Usar su dinero?

Otros comentarios: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

En cada una de las declaraciones por favor marque la respuesta que mejor corresponda a su situación. Si no está seguro acerca de cómo contestar alguna de las declaraciones, por favor hable con su proveedor de atención médica para aclarar sus dudas. Es posible que algunas declaraciones no correspondan a su caso o el de su hijo; si es así por favor conteste "No". Si usted es un padre o una madre que está contestando por su hijo, por favor conteste las preguntas desde el punto de vista de su hijo.

Factores históricos		
No	Sí	
		¿Algún familiar o amigo cercano suyo se trató de suicidar en el pasado?
		¿Alguna vez ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha PENSADO en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Alguna vez ha actuado sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?

Factores actuales		
No	Sí	
		¿En los últimos 6 meses ha tratado de suicidarse o de lastimarse a propósito?
		¿En los últimos 6 meses actuó sin pensar o sin tener control propio de tal manera que se puso usted en peligro o puso a otros en peligro?
		¿En los últimos 6 meses se mostró violento o agresivo contra otras personas o cosas?
		¿En los últimos 6 meses ha PENSADO en suicidarse o lastimarse a propósito?
		¿Tiene planes de suicidarse, de lastimarse o de matar o lastimar a otros?
		¿Pretende lastimarse o suicidarse?
		¿Tiene dificultades para seguir las instrucciones de tratamiento de su doctor o terapeuta?
		¿Ha escrito una nota de suicidio o ha empezado a deshacerse de su propiedad importante?

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Fecha: _____

No	Sí	
		¿Ha escuchado cosas que otras personas no escuchan? ¿Le dan instrucciones de lo que debe hacer?
		¿Está perdiendo esperanza o siente que nada puede ayudarlo?
		¿Tiene problemas para dormir?
		¿Se siente culpable, mal consigo mismo o avergonzado de usted mismo?
		¿Siente que no está seguro o que le va a pasar algo malo?
		¿Tiene dolor crónico, que se repite de vez en cuando o que es constante?

Factores situacionales		
No	Sí	
		¿Se siente enfermo si no toma bebidas alcohólicas o si no usa drogas por poco tiempo?
		¿Tiene una enfermedad grave que durará mucho tiempo?
		¿Ha sufrido una pérdida recientemente? (por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida de un trabajo, un divorcio o una separación)
		¿Ha tenido cualquier otra noticia mala recientemente?
		¿Tiene discusiones frecuentes con sus amigos o compañeros de trabajo?

Factores de protección		
No	Sí	
		¿Cuenta con el apoyo de su familia?
		¿Cuenta con el apoyo de su esposo(a) o compañero(a)?
		¿Está usted a cargo del cuidado de un niño o de un miembro de la familia?
		¿Sus amigos ofrecen apoyo cuando usted lo necesita?
		¿Tiene sólidas creencias religiosas o espirituales que lo mantienen seguro y le impiden lastimarse así mismo?

		¿Se graduó de la escuela superior preparatoria (<i>high school</i>) u obtuvo su GED?