

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 <b>últimas dos (2) semanas</b> , ¿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".**

¿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 \_\_\_\_\_  
Si no, ¿le gustaría que le refiramos con un médico general?  
 No aplica para mí  
 No gracias  
 Yo buscaré mi propio médico general  
 Yo aceptaré una referencia con un médico general.  
Otras dudas relacionadas con su salud física: \_\_\_\_\_
- 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?
- Sí       No      ¿Es capaz de 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      ¿Hay cosas sobre su identidad cultural que afectan sus razones para buscar ayuda o que le están causando dificultades?
- 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 física, verbal o emocionalmente, le está lastimando o le está acosando (*Bullying*)?
- Sí       No      ¿Alguien le impide hablar con las personas con las que usted quiere hablar, ir a donde quiere ir, comer, beber, quedarse en su hogar o usar su propio dinero?

## ESCALA DE INDICE DE GRAVEDAD DE SUICIDIO-COLUMBIA (C-SSRS)

Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

### EVALUACIÓN DE RIESGO

<b>Instrucciones:</b> Marque todos los factores de riesgo y de protección que correspondan.				
Últimos 3 meses	Comportamiento suicida o de autolesión (autolesivo)	En cualquier momento de su vida	Marque todo lo que corresponda (recientemente)	
<input type="checkbox"/>	¿Ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente sin esperanza?
<input type="checkbox"/>	¿Fue interrumpido durante un intento de suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se ha sentido deprimido?
<input type="checkbox"/>	¿Ha habido un momento en el que empezó a hacer algo para acabar con su vida, pero se detuvo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha experimentado un aumento de energía y necesita dormir poco o nada?
<input type="checkbox"/>	¿Ha hecho algo para poner fin a su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Escucha voces que le dicen que se haga daño o se mate?
<input type="checkbox"/>	¿Se ha hecho daño sin tener la intención de suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha actuado sin pensar o se ha sentido fuera de control?
<b>Ideas suicidas</b> Marcar el incidente más grave durante el mes pasado			<input type="checkbox"/>	¿Abusa de drogas o alcohol?
<input type="checkbox"/>	¿Desea estar muerto?		<input type="checkbox"/>	¿Se siente inquieto o tiene ansiedad grave?
<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido pensamientos suicidas?		<input type="checkbox"/>	¿Siente que es una carga para la familia u otras personas?
<input type="checkbox"/>	¿Ha pensado en cómo se lastimaría o se suicidaría?		<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor físico crónico u otros problemas médicos graves?
<input type="checkbox"/>	¿Piensa causarse daño?		<input type="checkbox"/>	¿Tiene pensamientos de dañar a otros?
<input type="checkbox"/>	¿Tiene la intención de hacerse daño o suicidarse y tiene un plan?		<input type="checkbox"/>	¿Ha sido agresivo con alguien?
<b>Eventos desencadenantes (recientes)</b>			<input type="checkbox"/>	¿Tiene los medios para intentar suicidarse (pistola, píldoras, etc.)?
<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido pérdidas recientes u otros eventos negativos significativos (legales, financieros, de relación, etc.)?		<input type="checkbox"/>	¿Se siente incapaz de aceptar un plan de seguridad?
Describa:			<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido antecedentes de abuso o de agresión sexual?
			<input type="checkbox"/>	¿Tiene antecedentes familiares de suicidio?
<input type="checkbox"/>	¿Está en riesgo de ir a la cárcel o de quedarse sin hogar?		<b>Factores de protección (recientes)</b>	
<input type="checkbox"/>	¿Se siente solo?		<input type="checkbox"/>	¿Puede hacer una lista de las razones que tiene para vivir?
<b>Antecedentes terapéuticos</b>			<input type="checkbox"/>	¿Se siente responsable de sus actos ante su familia u otras personas? ¿Vive con familiares?
<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez tuvo un diagnóstico o tratamiento psiquiátrico?		<input type="checkbox"/>	¿Tiene una red social de apoyo o una familia?
<input type="checkbox"/>	¿Se siente desesperanzado o insatisfecho con el tratamiento?		<input type="checkbox"/>	¿Tiene miedo a la muerte o a morir debido al dolor y el sufrimiento?
<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido dificultades para seguir un plan de tratamiento?		<input type="checkbox"/>	¿Cree que está mal suicidarse o va en contra de sus creencias religiosas?
<input type="checkbox"/>	Nunca ha recibido tratamiento		<input type="checkbox"/>	¿Trabaja o va a la escuela?
<b>Otros factores de riesgo</b>			<b>Otros factores de protección</b>	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	