



Dé los nombres de todas las otras medicinas que está tomando y la razón de tomarlas: \_\_\_\_\_

¿Tiene historia familiar de alguna de las condiciones siguientes? (Marque todas las que aplican):  
\_\_\_ Suicidio \_\_\_ Depresión \_\_\_ Ansiedad \_\_\_ Trastorno Bipolar \_\_\_ Fobias \_\_\_ Adicción Sexual  
\_\_\_ Trastorno Fronterizo de la Personalidad (Borderline) \_\_\_ Esquizofrenia  
\_\_\_ Abuso de Alcohol/Drogas \_\_\_ Trastorno Obsesivo-Compulsivo \_\_\_ Codependencia  
\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor/a Primario/a: \_\_\_\_\_

¿Tiene plan médico (aseguranza)? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si lo tiene, ¿cuál compañía es?  
\_\_\_\_\_

¿Tiene beneficios de salud mental fuera de la red (out-of-network)? Sí \_\_\_ No \_\_\_ No está seguro/a \_\_\_

### **AUTORIZACIÓN PARA PAGO DIRECTO – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo por la presente autorizo que mi plan médico (aseguranza) envíe pagos directamente a Scott Hooyman, LCSW. Yo por la presente autorizo la divulgación e intercambio de información psicológica, psiquiátrica, educativa y/o médica que sea pertinente solo para propósitos de mi plan médico (aseguranza).

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante (Guardián si es menor de edad) Fecha de Hoy

### **Cuestionario de Salud Mental**

**Para las siguientes preguntas, por favor subraye el número que mejor describa como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas (POR FAVOR CONTESTE**

#### **TODAS LAS PREGUNTAS):**

1. ¿Cuán afligido/a se ha sentido?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

2. ¿Cuán satisfecho/a se ha sentido con su vida?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada satisfecho/a Muy satisfecho/a

3. ¿Cuánta energía y motivación ha sentido?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada de energía o motivación Mucha energía y motivación

#### **¿En las últimas dos semanas cuán afligido/a se ha sentido por:**

4. ¿Miedo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

5. ¿El uso de alcohol y/o drogas que le está afectando en el trabajo/en la escuela?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

6. ¿Pensamientos de hacer daño a otras personas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

7. ¿No quererse a si mismo/a?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

8. ¿Dificultades de concentración?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

9. ¿El uso de alcohol y/o drogas que le está afectando su salud física?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

10. ¿Pensamientos de acabar con su vida?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

11. ¿Sentirse triste la mayoría del tiempo?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

12. ¿No tener esperanzas para el futuro?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

13. ¿Cambios drásticos del estado de ánimo (altos, bajos y/o corajes)?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

14. ¿El uso de alcohol y/o drogas que le está afectando con su familia y/o amistades?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

15. ¿Sentirse nervioso/a?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

16. ¿Palpitaciones del corazón?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada afligido/a Sumamente afligido/a

**¿Cómo se ha llevado en las áreas siguientes de su vida durante las últimas dos semanas?** (Deje en blanco si no le aplica.)

17. El trabajo/la escuela (Por ejemplo asistencia y rendimiento)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Terrible Algo Muy bien

18. Relaciones íntimas (Por ejemplo apoyo, comunicación, conexión)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Terrible Algo Muy bien

19. Relaciones con amistades (Por ejemplo comunicación, conexión, nivel de actividad)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Terrible Algo Muy bien

20. Gozo de la vida (Por ejemplo recreación, agradecimiento, pasatiempos)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Terrible Algo Muy bien

**Historia de Salud Mental**

21. ¿Usted alguna vez ha sido víctima de abuso emocional, físico, y/o sexual en la niñez (Menor de edad de 18 años)? Sí \_\_\_ No \_\_\_

22. ¿Usted alguna vez ha sido víctima de abuso emocional, físico, o sexual como adulto (Mayor de edad de 18 años)? Sí \_\_\_ No \_\_\_

23. ¿Cuándo usted toma alcohol, consume más de tres bebidas por ocasión? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si contesta "sí," ¿con que frecuencia bebe? \_\_\_\_\_

24. ¿Usted alguna vez ha tenido problemas con drogas ilícitas o medicamentos recetados? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO**

*Por favor marque cada cajita después de repasar para confirmar que ha leído cada sección.*

1  Yo he decidido participar en servicios de psicoterapia. Entiendo que mi decisión ha sido voluntaria y que puedo terminar la terapia en cualquier momento. Entiendo que la psicoterapia es un esfuerzo colaborativo entre el terapeuta y yo. Entiendo que tengo el derecho de estar informado/a de los varios pasos y actividades que son parte de mis servicios. Intentaré trabajar con mi terapeuta para desarrollar y seguir un plan de tratamiento. También entiendo que yo tengo el derecho de recibir atención humanitaria y protección de daños, abusos y/o negligencia. Entiendo que tengo el derecho de tomar una decisión de aceptar o rehusar tratamiento.

2  Yo entiendo que la confidencialidad de todos los archivos o información mía que ha sido coleccionada, y toda la información de las consultas y/o sesiones de terapia será guardada de acuerdo con las leyes estatales y federales (42 CFT Prt 2) y no se puede divulgar ni revelar sin mi consentimiento escrito a menos que sea proveído por las reglas estatales y federales. Entiendo que las leyes estatales y municipales requieren que mi terapeuta reporte todos los casos de abuso físico o sexual de gente menor de edad (bajo 18 años de edad) y/o anciana (65 y más mayor). Entiendo que las leyes estatales y municipales requieren que mi terapeuta reporte todos los casos en que existe un peligro hacia mi persona u otras.

3  Yo entiendo que es posible que me pidan completar UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN o completar UN INVENTARIO DE MEDIDAS DEL RESULTADO para facilitar que mi terapeuta mantenga un nivel de servicio de alta calidad.

\_\_\_\_(Iniciales) Yo entiendo que hay que pagar mi porción de los gastos terapéuticos (honorario completo o deducible) al final de cada sesión y que soy responsable por pagos que no cubra mi plan médico (entre los límites del contrato de mi plan médico). Entiendo que me cobrarán \$30.00 para cada cheque que sea devuelto por fondos insuficientes (NSF). También entiendo que soy responsable por mi porción de los saldos y honorarios (cobro de colecciones de 50% del saldo) que no he pagado dentro de 90 días y me referirán a una agencia de colecciones y seré sujeto/a a reportar a una agencia de crédito. Yo acepto dar información de facturación (i.e., plan médico y dirección) correcta y actual y entiendo que información incorrecta puede resultar en la entrega de mi cuenta a una agencia de cobro.

\_\_\_\_(Iniciales) Yo entiendo que Scott Hooyman, LCSW requiere un aviso mínimo de 24 horas si no puedo asistir a la sesión. Entiendo que si falto a la cita sin dar el aviso mínimo de 24 horas, **me cobrarán el honorario completo de la sesión** (a menos que lo limita el plan médico).

\_\_\_\_(Iniciales) Yo entiendo que en el caso de "vida o muerte u otra emergencia (como le instruye en el buzón de voz del Sr. Hooyman), marcaré 911. "

\_\_\_\_(Iniciales) Yo he leído y entiendo todo lo de arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Alchemy Counseling**  
2412 W Greenway Rd, Suit A1  
Phoenix, AZ 85023  
602.842.4388

## **INFORMACIÓN DE PRIVACIDAD**

Mi práctica cumple totalmente con las reglas de la Ley de Portabilidad y Protección de la Información de Salud (HIPAA) para proteger la confidencialidad de su información. Como profesional de la salud, yo soy el "Oficial de Privacidad" designado bajo las reglas federales de la HIPAA. Usted tiene el derecho de consentimiento totalmente informado sobre el mantenimiento de su información confidencial. A menos que tenga una autorización escrita para revelar o divulgar información, no puedo compartir su información con tercera persona. No obstante, hay las excepciones siguientes:

1. Hay la posibilidad de que se requiera divulgar su información si la falta de revelarla puede resultar en peligro hacia su persona u otras. Un ejemplo sería si usted indicara el intento de hacer daño a si mismo(a) a u otra persona, o en los casos de abuso o negligencia de niños o adultos vulnerables, como personas ancianas o deshabilitadas.
2. Hay la posibilidad de que se requiera divulgar su información por orden o citación judicial. Un ejemplo sería si usted fuera parte de litigio y el juez decidiera que necesitara la información.
3. Hay la posibilidad de que se requiera divulgar su información al personal de tratamiento de emergencia o a su persona de contacto en caso de emergencia si usted necesita atención médica inmediata durante la sesión.
4. Hay la posibilidad de que yo divulgue su información a otro profesional de la salud si usted inicia el contacto con él/ella. Hay la posibilidad de que yo divulgue su información con su consentimiento verbal para facilitar un referido. Sin embargo, en la mayoría de los casos, para este propósito, pediré una autorización escrita para revelar o divulgar información.
5. Hay la posibilidad de que yo divulgue su información a un asesor o supervisor para el propósito de reembolso del plan médico y para proveerle con cuidado óptimo.
6. Hay la posibilidad de que yo divulgue su información de forma anónima en consultas breves con colegas profesionales para proveerle con cuidado óptimo. Un ejemplo sería si yo describiera su situación sin identificarle por nombre y pidiera a una colega que me diera recursos para entregarlos a usted.

Generalmente pediré a usted una autorización escrita para revelar o divulgar información cuando sea posible. Usted tiene los derechos de consultar todos los informes médicos, la protección de sus informes en todo momento y el mantenimiento de documentación exacta de facturación e informes médicos.

Yo, \_\_\_\_\_, confirmo que he leído y entendido la información de arriba.

Escriba su nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha