

**HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA ADULTOS /
ADULT PERSONAL DATA SHEET**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

5. Tratamiento psiquiátrico anterior

Asesoría o psicoterapia	Tipo (individual/familiar)?		Proveedor	Año	¿Dio resultado? (Sí/No)	
	Sí	No			Sí	No
		1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				

Medicamentos Psiquiátricos	Nombre del medicamento		Proveedor	Año	¿Dio resultado? (Sí/No)	
	Sí	No			Sí	No
		1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				
		6.				
		7.				

Admisiones a hospitales psiquiátricos	Lugar		Razón	Año	¿Dio resultado? (Sí/No)	
	Sí	No			Sí	No
		1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				
		6.				

6. Marque los elementos a continuación que correspondan a sus condiciones actuales y en el pasado:

	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Dolores de cabeza								
Mareos			Inquietud			Escucho voces que otros no escuchan		
Problemas estomacales y de evacuación			Necesidad reducida de sueño			Veo cosas que otros no ven		
Problemas de salud			Cambios de estados de ánimo			Experiencias extrañas		
Dolor			Exceso de energía o sensación de tensión			Sensación de que otros conspiran contra usted		
Temblores o tics						Sospechas o desconfianza constante		
Antojos por drogas o alcohol			Confusión			Pensamientos inusuales		
Problemas de alimentación			Estado de euforia o de júbilo			Alguien lo está perjudicando físicamente		
Comer en exceso			Gasto excesivo de dinero			Pensamientos de perjudicar físicamente a alguien		
			Flujo excesivo de pensamientos			Conducta violenta o agresiva		
Problemas de sueño			Irritabilidad					
Pérdida de peso			Conducta impulsiva			Abuso físico		
Aumento de peso			Planes o pensamientos grandiosos			Abuso sexual		
Pérdida de apetito			Enojo o explosividad			Problemas sexuales		
Sentirse alejado de los demás						Problemas en sus relaciones		
Bajo nivel de energía			Ataques de pánico					
Falta de autoestima			Ansiedad					

**HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA ADULTOS /
ADULT PERSONAL DATA SHEET**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

6. continuación . . .	Ahora	Antes		Ahora	Antes		Ahora	Antes
Problemas de memoria			Temores			Problemas financieros		
Pensamientos suicidas			Pesadillas			Conflicto en la familia		
Planes de suicidio			Temor de perder el control					
Sentimientos de depresión			Pensamientos o comportamientos indeseados recurrentes					
Llora mucho			Preocupaciones constantes					
Incapaz de disfrutar			Problemas de concentración					

7. ¿Tiene alguna condición médica grave o crónica (incluso cirugías anteriores)? Sí No
 Si la respuesta es "sí", indique fechas y detalles: _____

8. ¿Tiene historial de accidentes o lesiones médicas, lesiones en la cabeza o convulsiones? Sí No
 Si la respuesta es "sí", indique fechas y detalles: _____

9. ¿Está ahora tomando medicamentos (incluyendo aquéllos sin receta médica o a base de hierbas)? Sí No
 Si la respuesta es "sí", ¿cuáles son? _____

10. ¿Ha tenido reacciones alérgicas ante los medicamentos u otros problemas con ellos? Sí No
 Si la respuesta es "sí", indique los detalles: _____

11. USO DEL ALCOHOL Y DE OTRAS DROGAS:

A. ¿Toma alcohol? Sí No
 ¿Cuánto por día o por semana? _____ ¿A qué edad comenzó a tomar? _____
 Última bebida consumida (hora y cantidad): _____

B. ¿Usa otras drogas? Sí No
 ¿Qué tipo? _____
 ¿Cuánto? _____
 ¿A qué edad comenzó a usarlas? _____
 Último uso de drogas (hora y cantidad): _____

C. Siente que tiene problemas con:
 El alcohol? Sí No
 Otras drogas? Sí No
 Si es así, explique: _____

D. Programas de tratamiento anteriores (indique las fechas y ubicaciones, si es posible): _____

E. ¿Ha causado problemas en su familia o en sus relaciones su consumo de alcohol o de drogas? Sí No

F. ¿Ha causado problemas en su trabajo? Sí No

G. ¿Es difícil para usted detener o controlar la cantidad que toma? Sí No

H. ¿Ha sido detenido por "manejar bajo la influencia" u otros delitos relacionados con las drogas? Sí No
 Si "sí", ¿cuándo? _____

I. ¿Ha usado alguna vez productos de tabaco? Sí No
 ¿De qué tipo y cuánto? _____
 ¿Cuándo comenzó? _____
 ¿Cuándo dejó de usarlos? _____
 ¿Utilizó algún programa para dejar de usarlos? (Describalo) _____

continúa en la siguiente página

**HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA ADULTOS /
ADULT PERSONAL DATA SHEET**

IMPRINT AREA

 Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

J. Cuántas tazas de bebidas con cafeína bebe al día? (café, té, refrescos de tipo coca cola y chocolate): _____

 12. ¿Ha tenido problemas financieros, dificultades o problemas legales o ha estado en la cárcel? Sí No
 Si "sí", indique fechas y detalles: _____

 13. ¿Han tenido síntomas psiquiátricos o problemas con las drogas o el alcohol sus parientes o sus seres queridos? Sí No

Pariente	Síntomas/problemas	Tratamiento	Medicamentos psiquiátricos	Hospitalizaciones psiquiátricas

 14. ¿Ha tenido alguno de sus parientes problemas con delitos penales o ha estado en cárcel? Sí No
 Si "sí", ¿por qué? _____

15. DATOS FAMILIARES

Nombre	Ciudad de Residencia	Marque (✓) si vive con usted	Edad, si vive	Si ya ha fallecido, edad y año al momento de la muerte	Profesión	Cómo se lleva o se llevaba con la persona
Cónyuge / Compañero						
Hijos						
Padre						
Padrastra						
Madre						
Madrastra						
Hermanos/hermanastros						
Otros en el hogar						



Salud Mental – Servicios de Dependencia a Substancias Químicas
 Servicios Intensivos para Pacientes Externos
 Norte de California

Psychiatry

MR #: _____

Name: _____

**CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PSIQUIATRICOS /
 CONFIDENTIALITY AND CONSENT TO TREATMENT**

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

Salud Mental y Dependencia Química

El Departamento de Psiquiatría de Kaiser Permanente está totalmente comprometido a respetar su derecho a la privacidad. Para alcanzar este objetivo, los datos de sus visitas a la Clínica de Psiquiatría en general se mantienen separados de su historia clínica. No obstante, para su seguridad, los medicamentos que le recetan en la Clínica de Psiquiatría figurarán en su expediente médico. Cuando sea directamente pertinente a la atención clínica del individuo, se podría intercambiar información entre un proveedor de atención de la salud mental de Kaiser Permanente y otro proveedor de Kaiser Permanente.

Además, hay ciertas circunstancias específicas en que la ley de California requiere la entrega de cierta información psiquiátrica. Por ejemplo, si usted está involucrado en ciertas acciones judiciales en las que su estado mental o emocional son pertinentes, es posible que tengamos que entregar todos o parte de sus datos psiquiátricos a las partes que participen en la acción judicial. Si tiene alguna inquietud sobre lo que figura en sus datos médicos, consulte con su terapeuta todas las veces que le soliciten que firme un formulario de revelación de información.

Además, es posible que tengamos que entregar a la policía o a otros organismos gubernamentales cierta información relacionada con actos violentos o abusivos, tanto reales como potenciales, sobre los que nos podamos enterar.

Consentimiento para el Tratamiento

La mayoría de los individuos que participan en un tratamiento mental o del comportamiento se benefician de ese tratamiento. Como en casi todos los casos de atención de la salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy activo de su parte para que le rinda beneficios. Además, el tratamiento puede conllevar ciertos riesgos. Por ejemplo, el proceso de la terapia puede ser difícil y a veces puede causar sentimientos desagradables, crear interacciones molestas o forzarlo a enfrentar aspectos desagradables de su vida. A pesar de ello, la mayoría de las personas hallan que los beneficios son mayores que los riesgos mencionados. De hecho, en algunos casos el **no** participar en la terapia puede ser mucho más riesgoso.

Si ve a un médico como parte de su atención, él o ella puede recetarle algún medicamento. Siempre que le receten medicamentos le explicarán los beneficios y los riesgos de dichos medicamentos.

Es importante que participe voluntariamente en este tratamiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este documento, sobre los servicios que le prestan o sobre sus opciones de tratamiento, debe hablar con su terapeuta.

Reconocimiento

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido este documento y que acuerda participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que recibe atención es menor de edad, uno de sus padres o su tutor legal debe reconocer haber leído y entendido este documento y acuerda que el menor de edad participe voluntariamente en este tratamiento (excepto en ciertas situaciones exentas por ley).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI NO LO FIRMA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA



**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /
CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

Antioch Martinez Pleasanton Walnut Creek

ENCOUNTER DATE

PROVIDER: FIRST NAME, LAST NAME

**Servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas de KPNC: su derecho a la privacidad /
KPNC's Mental Health and Chemical Dependency Services: Your Right to Privacy**

El programa de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente está firmemente comprometido a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del norte de California contiene información general acerca de cómo se usa y se protege su información médica. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de los datos de Dependencia en Sustancias Químicas. La violación de las leyes federales de confidencialidad relacionadas con los programas de Dependencia en Sustancias Químicas es un delito grave. Las sospechas de violaciones deberán denunciarse a las autoridades correspondientes.

Excepto en ciertas circunstancias limitadas (ver ejemplos más abajo), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso escrito, revelar información acerca de su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de psicoterapia de sus visitas al MH/CD se mantienen separados de su registro médico como paciente ambulatorio. No obstante, sin importar el tipo de consulta, por su seguridad personal, en su registro médico se incluyen sus visitas por medicamentos, la lista de medicamentos, los resultados de laboratorio, una descripción de los resultados de los medicamentos y los pronósticos, ya sea en formato impreso o electrónico.

Coordinación de la atención

En Kaiser Permanente el personal de servicio del MH/CD es considerado como si fuera un solo departamento: el Departamento de Psiquiatría. Por lo tanto, el personal de Salud Mental y el de Dependencia en Sustancias Químicas dentro del Departamento puede compartir cualquier información del MH/CD entre sí, sin contar con su permiso por escrito. Sin embargo, los reglamentos de revelación de información por fuera del Departamento de Psiquiatría son diferentes para la información de pacientes de Salud Mental que para la información de pacientes de Dependencia en Sustancias Químicas.

Pacientes que sólo reciben atención de Salud Mental: Para la atención de Salud Mental no se requiere su permiso para coordinar su atención con otros proveedores dentro de Kaiser Permanente, como su médico de atención primaria. Los diagnósticos de Salud Mental y las fechas de citas están a disposición de sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente, según lo necesiten saber. Sin embargo, por lo general, hablaremos con usted sobre cualquier necesidad de compartir otra información de salud mental. Al compartir la información sólo compartiremos la información que, a nuestro juicio profesional, creamos que sea necesaria para la atención médica adecuada por parte de ese proveedor.

Pacientes que reciben atención de Dependencia en Sustancias Químicas: Para la atención de Dependencia en Sustancias Químicas (que incluiría la atención de Salud Mental que forme parte de su atención de dependencia), por lo general se necesita su autorización por escrito antes de que se pueda revelar cualquier información sobre el tratamiento para la dependencia a cualquier persona fuera del Departamento de Psiquiatría. Por su seguridad y por la coordinación eficaz de su atención médica, creemos firmemente que es importante que nosotros compartamos la información sobre su tratamiento de Dependencia en Sustancias Químicas con sus otros proveedores de tratamiento de Kaiser Permanente. Para que podamos hacerlo usted debe firmar una autorización por escrito para permitirnos compartir con ellos su información como paciente de Dependencia en Sustancias Químicas.

Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunas veces la ley nos autoriza a revelar información acerca de usted sin su permiso, tal como las revelaciones:

- En emergencias médicas y psiquiátricas en las cuales la información es esencial para la seguridad de la persona
- Para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- A personal calificado para auditoría, evaluación de programas o investigación; por ejemplo, encuestas de pacientes
- Para denunciar una sospecha de abuso o abandono infantil
- Para denunciar la comisión de delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- Para responder a órdenes judiciales que cumplan con las normas para el tipo de dato cubierto por la orden
- En denuncias al Departamento de Vehículos Motorizados debido a pérdidas de conciencia, tal como lo exige la ley

En cualquier momento que tenga inquietudes acerca de su privacidad, lo exhortamos a solicitar una aclaración de su terapeuta o de un miembro del personal.

Acuso de recibo:

Al firmar con su nombre en el espacio siguiente, usted reconoce que ha leído y entendido este documento.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces un padre o tutor legal reconoce haber leído o entendido este documento. Bajo ciertas circunstancias, los menores de edad pueden consentir por sí mismos al tratamiento sin el permiso de los padres.)

FIRMADO: FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE / SIGNED: PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S DATED SIGNATURE

FECHA / DATE

NOMBRE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE, EN LETRA DE MOLDE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE /
PRINT NAME AND RELATIONSHIP TO PATIENT (IF SIGNED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE OF THE PATIENT)

FECHA / DATE