



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

IMPRINT AREA

HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA ADULTOS / ADULT PERSONAL DATA SHEET

Fecha / Date:

NOMBRE		NO. DE REGISTRO MÉDICO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DEL HOGAR		TELÉFONO DEL TRABAJO	
EDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA		TELÉFONO	
RECOMENDADO A ESTA CLÍNICA POR:		SERVICIO MILITAR	
PROFESIÓN		CUANTO TIEMPO EN EL PRESENTE TRABAJO	
COMPANÍA		HORARIO DE TRABAJO NORMAL	
¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN ESTA ZONA?		ÚLTIMO GRADO ESCOLAR	
MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> Casado/Unido <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
¿VIVE CON SU CÓNUGE O COMPANERO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NUMERO DE AÑOS	
ORIGEN ÉTNICO		RELIGIÓN	

¿Tiene un problema relacionado con el trabajo? Sí No

¿Está actualmente bajo:

a) Indemnización laboral? Sí No

b) SSI? Sí No

c) Discapacidad pagado por el estado? Sí No

¿Desea iniciar una reclamación de indemnización o de discapacidad en el momento de su consulta? Sí No

TIPO(S) DE AYUDA DESEADA:

Terapia con medicamentos Terapia/asesoría Tratamiento de uso o abuso de substancias

Asesoría de grupo Asesoría familiar Asesoría para parejas Otro: _____

1. Razón principal por la que busca ayuda en este momento: _____

2a. ¿Desde hace cuánto que tiene estos problemas o síntomas? _____

2b. ¿Qué tan a menudo ocurren? _____

3. ¿Por qué decidió buscar ayuda ahora? _____

4. ¿Qué ha intentado? _____

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			
Perdida de peso			Conducta impulsiva		Abuso físico	
Aumento de peso			Planes o pensamientos grandiosos		Abuso sexual	
Perdida de apetito			Enejo o explosividad		Problemas sexuales	
Centrase debido de los demás					Problemas en sus relaciones	
Bajo nivel de energía			Ataques de pánico			
Falta de autoestima			Ansiedad			

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		Veó 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			
Perdida de peso			Conducta impulsiva		Abuso físico	
Aumento de peso			Planes o pensamientos grandiosos		Abuso sexual	
Perdida 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			

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

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Nombre: _____

Número de Archivo: (MRN) _____ Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problems?		Nunca	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
(Indice su respuesta con “✓”)					
1.	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.	Sentirse desanimado/a, deorunidi/a o sin esperanza	0	1	2	3
3.	Con problemas en dormirse o mantenerse dormido/a, o en dormi demasiado	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado/a o tener poca energia	0	1	2	3
5.	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentir falta de amor propio – o sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7.	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8.	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podria dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueva mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9.	Se la han ocurrido pensamientos de que seria mejo estar muerto/a de que haria daño alguna manera	0	1	2	3

Add columns: + +

TOTAL:

10.	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionares con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	_____
		Algo difícil	_____
		Muy difícil	_____
		Extremadamente difícil	_____

PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc.

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.

11.	¿Las últimas 2 semanas, ha pensado mucho en una manera específica de cometer suisidio?	No	_____
		Sí	_____



MR #: _____
Name: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO / CONSENT TO TREATMENT

IMPRINT AREA

Consentimiento para recibir tratamiento

La mayoría de las personas que participan en tratamientos de conducta o de salud mental salen beneficiados. Al igual que otros tratamientos para su salud, este tipo de tratamiento requiere un esfuerzo muy grande de su parte si quiere que le rinda. Además, es posible que este tratamiento presente ciertos riesgos. Por ejemplo, la terapia puede ser intensa y hacerlo sentir incómodo, es posible que tenga que participar en situaciones difíciles o enfrentar partes difíciles de su vida. Sin embargo, la mayoría de las personas creen que los beneficios fueron mayores que cualquiera de los riesgos. De hecho, a veces puede ser más riesgoso **no** participar en terapia. Si va a ver a un médico como parte de su tratamiento, es posible que le recete medicamentos. Si fuera el caso, el médico le dirá cuáles son los beneficios y riesgos de los medicamentos en el momento de recetárselos. Es importante que participe en este tratamiento por su propia voluntad. Si tiene cualquier pregunta o preocupación sobre este documento, sobre los servicios que le están dando o sobre sus opciones de tratamiento, consulte con su terapeuta.

Reconocimiento

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, está reconociendo que leyó y comprendió este documento y que acepta participar voluntariamente en este tratamiento. *Si la persona que va a recibir el tratamiento es menor de edad, un padre o tutor legal reconoce haber leído y comprendido este documento y acepta voluntariamente que el menor participe en el tratamiento (excepto en ciertas situaciones que están exentas legalmente).*

Consent to Treatment

Most people who participate in behavioral or mental health treatment benefit from it. Like most kinds of health care, this kind of treatment requires a very active effort on your part if you are going to get something out of it. In addition, there may be certain kinds of risks involved. For example, the therapy process can be challenging and sometimes may involve experiencing some uncomfortable feelings, or engaging in difficult interactions, or facing difficult aspects of your life. Nevertheless, most people find the benefits outweigh any such risks. In fact, sometimes there can be more risks associated with **not** participating in therapy. If you see a physician as part of your care, he or she may prescribe medication for you. If so, you'll be advised at that time of the benefits and any risks of the medications. It is important that you participate in this treatment willingly. If you have any questions or concerns about this document, about the services being provided to you, or about your treatment options, you should definitely ask your therapist.

Acknowledgment

By signing your name in the space below, you are acknowledging that you have read and understood this document and that you voluntarily agree to participate in this treatment. *If the person receiving care is a minor, a parent or legal guardian acknowledges having read and understood this document and voluntarily agrees to the minor's participation in the treatment (except in certain legally exempt situations).*

FIRMA DEL PACIENTE (SI FIRMA ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE, INDIQUE LA RELACIÓN) / PATIENT'S SIGNATURE (IF SIGNATURE OTHER THAN PATIENT, LIST RELATIONSHIP)

FECHA / DATE

FIRMA DEL TESTIGO / WITNESS' SIGNATURE

FECHA / DATE



Ubicación / Location: _____

**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /
CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

**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**

Separación de los registros

Los servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente están firmemente comprometidos a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del Norte de California proporciona información general sobre la manera en que se usa y protege su información médica. La ley federal y estatal protege la confidencialidad de sus registros. La violación de las leyes de confidencialidad relativas a los programas de dependencia en sustancias químicas es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden informar a las autoridades correspondientes.

Excepto en circunstancias limitadas (vea los ejemplos a continuación), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso por escrito, revelar información sobre su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de sus visitas de MH/CD se mantienen separados de su registro médico de paciente ambulatorio, excepto que: para su seguridad personal, todos los medicamentos o los resultados de pruebas de laboratorio afines recetados como parte de su tratamiento de MH/CD se incluyen en su registro médico, ya sea en papel o electrónicamente. Los diagnósticos de salud mental sólo están a disposición de los proveedores a cargo del tratamiento en la medida en que necesiten tener conocimiento de ellos.

Coordinación de la atención

Debido a que el personal de MH/CD trabaja como miembro de un sistema de atención integrado, se intercambiará información pertinente sobre su atención entre el personal de MH/CD en la medida en que sea necesario. La ley no requiere que se obtenga su permiso para coordinar su atención psiquiátrica con proveedores de atención dentro de Kaiser Permanente, como con su médico de atención primaria. No obstante, normalmente hablaremos con usted cuando sea necesario compartir información psiquiátrica. Cuando compartimos información, sólo compartimos la información que, en nuestro juicio profesional, creemos que sea necesaria para que dicho profesional le proporcione la atención médica adecuada. Normalmente se requiere su autorización por escrito antes de que se pueda entregar información sobre su tratamiento de dependencia en agentes químicos a alguien fuera del equipo de tratamiento de MH/CD. Una autorización válida por escrito deberá especificar la índole de la información a ser entregada, identificar a la parte que la recibe e indicar cuándo vence su autorización.

Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunos ejemplos de las circunstancias en las que la ley requiere o nos permite que entreguemos información, sin su permiso, incluyen:

- emergencias médicas y psiquiátricas en las que la información es esencial para la seguridad de una persona
- revelaciones de información para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- revelaciones a personal calificado para auditorías o evaluación o investigación de programas
- informar sobre la sospecha de maltrato o abandono de niños
- informar que se hayan cometido delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- respuestas a órdenes de la corte en las que un juez falló que la información es necesaria para la administración de la justicia (42 U.S.C. Sección 290dd-2 de Leyes Federales y 42 C.F.R. Parte 2 de Reglamentaciones Federales)
- informes al Departamento de Vehículos Motorizados a causa de lapsos del conocimiento

Si en cualquier momento tiene alguna inquietud sobre su privacidad, lo instamos a que solicite aclaración a su terapeuta o a un integrante del personal.

Certificación:

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted certifica que leyó y entendió este documento.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es un menor de edad, el padre o el tutor legal certifica haber leído y entendido este documento. En ciertas circunstancias los menores de edad pueden prestar consentimiento al tratamiento ellos mismos, sin el permiso de los padres.)

FIRMADO / FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE / SIGNED, PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S DATED SIGNATURE _____ FECHA / DATE _____

NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE Y RELACION CON EL PACIENTE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE) / PRINT NAME AND RELATIONSHIP TO PATIENT (IF SIGNED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE OF THE PATIENT) _____ FECHA / DATE _____