

CONTRATO DE TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO

Qué debe esperar:

Primera cita: Su primera visita será con un terapeuta especializado en admisiones, quien le efectuará una evaluación de salud conductual. Al final de esta evaluación, usted y el terapeuta analizarán qué servicios son adecuados para usted. Se le asignará un proveedor clínico, quien será su coordinador de atención clínica. Se programará la siguiente cita antes de que se retire. Lo invitamos a que incluya a amigos y/o familiares en cualquier punto de su proceso terapéutico (con su permiso por escrito), y le recomendamos que lo haga.

- **Coordinador de atención clínica:** Este profesional podría ser un terapeuta, un administrador de casos u otro proveedor clínico, **según el nivel de atención que usted necesite** y acuerde recibir. Usted participará en la elaboración de su plan terapéutico con su coordinador de atención clínica. Este plan terapéutico es el “mapa de su atención”, e incluye las metas y los hitos específicos que usted desea lograr. También incluirá el asesoramiento clínico sobre cuándo puede esperar que concluya el tratamiento. Analizará qué tipos de servicios lo ayudarán a alcanzar sus metas. Su coordinador de atención clínica también podría derivarlo para una consulta con un psiquiatra o con un enfermero especializado en medicina clínica de ALLHEALTH NETWORK, para analizar su medicación.
- **Servicios médicos:** Como agencia de atención de la salud, ALLHEALTH NETWORK espera una coordinación frecuente con su médico de cabecera. Además, si el psiquiatra o el enfermero especializado le recetan medicamentos, habrá un control y una comunicación estrecha entre usted, el coordinador de atención clínica y nuestro personal médico.
- **Conclusión del tratamiento:** Nuestra meta es que su tratamiento sea exitoso. Cuando usted y su equipo de atención médica determinen que usted ha alcanzado las metas de su tratamiento, y ya no hace falta el tratamiento, el coordinador de atención clínica le dará el alta de la atención de ALLHEALTH NETWORK y le entregará derivaciones para la atención posterior, si las necesita.
- **Programación de citas:** ALLHEALTH NETWORK ofrece sus servicios en distintas sedes y horarios. Trabajamos para cubrir sus necesidades de programación de citas a nuestro leal entender; no obstante, su cita puede programarse para el horario escolar o laboral. Comuníquese con 303-730-8858 al menos 2 días hábiles antes si necesita cancelar o reprogramar una cita, de modo que podamos programar la consulta con otro cliente.
- **Citas perdidas:** Llame para cancelar las citas a las que no pueda asistir. Si no se presenta para una cita programada, lo llamaremos para preguntarle qué sucedió. Queremos conocer qué situación le impidió asistir, y trabajar con usted para resolver los problemas, eliminar obstáculos, tratar sus inquietudes, y colaborar con sus metas de recuperación rápidamente con una atención excepcional.
- **Una atención excepcional y un contacto sostenido:** Notifique a ALLHEALTH NETWORK de los cambios en su número de teléfono/domicilio y/o cobertura de seguro sin demoras, al teléfono 303-730-8858. Si no está satisfecho con los servicios, comuníquelo a cualquiera de sus proveedores, para que podamos resolver sus inquietudes. También puede llamar al Representante de los Clientes de ALLHEALTH NETWORK, al 303-347-6405, quien trabajará con usted para resolver las inquietudes que pudiera tener.
- **Decisión del cliente de interrumpir el tratamiento:** Si usted decide interrumpir el tratamiento antes de alcanzar sus metas, comuníquese con nosotros para que podamos cerrar su historia clínica. Si interrumpe el tratamiento sin comunicarse con nosotros, le notificaremos por carta que le estamos dando el alta, y le brindaremos información sobre recursos externos a ALLHEALTH NETWORK. Con su permiso por escrito, enviaremos sus historias clínicas al nuevo proveedor. Si le han recetado medicamentos, podemos brindarle un plan para dejar de tomarlos de manera segura. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una receta limitada (generalmente de 30 días) mientras encuentra otro proveedor. Su médico de cabecera podría estar en condiciones de continuar ofreciéndole servicios de medicamentos. Darle el alta de ALLHEALTH NETWORK significa que no podrá recibir otros tratamientos ni medicamentos para su salud mental. Si quiere retomar el tratamiento, llame a nuestro Departamento de Admisiones al 303-730-8858.



Directivas Anticipadas

¿Qué es una Directiva Anticipada?

De acuerdo con CMS-2104-F, Sección 438.6 (i) (1) y la ley CRS 15-18.101-113 del estado de Colorado, todo adulto competente tiene el derecho de tomar determinaciones sobre tratamientos médicos, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar atención médica y de ejercer una directiva anticipada. Éstas son instrucciones escritas por usted que informan a su médico de su tratamiento preferido en el caso de su incapacitación. También le permiten designar a una persona responsable de tomar decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda hacerlo.

Estas leyes nos obligan a preguntar si usted tiene una directiva anticipada. Aunque no podemos ayudarle a completar directivas anticipadas, le proporcionaremos información y recursos para apoyar su proceso de toma de decisiones.

Colorado reconoce estas Directivas Anticipadas:

Testamento vital – (también conocido como Declaración de Tratamiento Médico). Este documento le dice a su médico cómo proceder con las medidas de mantenimiento de la vida si usted tiene una enfermedad terminal o está en un estado vegetativo persistente y no puede comunicar sus deseos. Un testamento vital, también le permitirá designar la donación de órganos y la designación de sus restos en caso de su fallecimiento.

Instrucción de RCP (resucitación cardiopulmonar) – Le permite expresar sus deseos acerca de cuáles métodos, si los hubiera, le gustaría que se empleen en caso de que su corazón o la respiración se detengan.

Poder duradero médico – Le permite nombrar a un encargado para la toma de decisiones en caso de que usted esté enfermo terminal y no pueda dar a conocer sus deseos. El encargado de la toma de decisiones se designará como su "agente" y se espera que tome decisiones sobre su atención cuando usted ya no pueda hacerlo.

Poder de Toma de decisiones – Permite la designación de un encargado para tomar decisiones, si no se ha designado ya, en caso que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Directivas Anticipadas y AllHealth Network

Las directivas anticipadas no son un requisito para que usted reciba atención en AllHealth Network. Es su responsabilidad proporcionar su directiva anticipada a AllHealth Network. Si usted nos proporciona su directiva anticipada, AllHealth Network brindará atención de acuerdo a sus deseos escritos, excepto como se reconoce en la Ley de Decisión de Tratamiento Médico de Colorado (C.R.S. 15-18-102). Usted puede enmendar o revocar una directiva anticipada informando al oficial de privacidad de AllHealth Network por escrito al 155 Inverness Drive West, Englewood CO 80221.

Si su proveedor se niega a cumplir con sus directivas anticipadas, Ud. puede:

- Llamar a BHI acerca de sus preocupaciones al: (303) 361 – 8100
- Llamar al Colorado Department of Public Health and Environment al: (303) 692-2980
- O escribir a: Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver CO 80246-1530 o ir a esta página web:
<http://www.colorado.gov/cs/Satellite/CDPHE-EM/CBON/1251589738636>

Este documento es solo para su información. No es un consejo legal sobre las directivas anticipadas. Si tiene alguna pregunta, consulte a un abogado que tenga experiencia con directivas anticipadas. Puede visitar www.coloradoadvancedirectives.com para obtener información adicional sobre cómo crear directivas anticipadas.

CONSENTIMIENTO DE ALLHEALTH NETWORK

Sí **No** **Consentimiento para el tratamiento:** Voluntariamente presto mi consentimiento para mi evaluación y tratamiento, o para la evaluación o el tratamiento de mi hijo o tutelado menor de edad, por parte de proveedores de atención médica calificados en ALLHEALTH NETWORK. Tengo conocimiento de que la atención y el tratamiento no son ciencias exactas y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado del tratamiento. Comprendo que tengo derecho a consentir, o a negarme a consentir, un tratamiento propuesto, y tengo derecho a una segunda opinión sobre mi diagnóstico y mi plan personalizado de tratamiento.

Sí **No** **Consentimiento para el contacto de seguimiento:** Autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para que se comunique conmigo después de mi alta de sus servicios para obtener información a exclusivos fines de seguimiento. Toda la información obtenida por ALLHEALTH NETWORK será confidencial, según lo definen las leyes y las reglamentaciones estatales y federales.

Sí **No** **Consentimiento para los servicios de telepsiquiatría:** En caso de que necesite Servicios psiquiátricos en una sede de ALLHEALTH NETWORK cuando el médico recetante no está en la misma sede, autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para utilizar servicios de telepsiquiatría. La telepsiquiatría es la prestación de servicios psiquiátricos mediante sistemas audiovisuales electrónicos cuando el psiquiatra y el cliente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos que se emplean en telepsiquiatría incorporan funciones de seguridad de la red y del software para proteger la confidencialidad de la información de los clientes y de los datos audiovisuales. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telepsiquiatría. Comprendo que la tecnología empleada por el médico recetante está encriptada para evitar el acceso no autorizado a mi información médica privada. Comprendo retirar mi consentimiento no afectará la atención o el tratamiento futuros. Comprendo que el médico recetante tiene derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento.

Sí **No** ¿Tiene directivas anticipadas? Las directivas anticipadas son instrucciones escritas que expresan sus deseos sobre los tipos de atención médica que desea recibir en casos de emergencia. Si así lo desea, podemos incorporar una copia de sus directivas anticipadas en su historia clínica. Si no las tiene, puede hablar con su médico de cabecera o llamar a su seguro o a la organización de Medicaid.

Mediante mis iniciales al pie, reconozco que me han entregado/ofrecido una copia de lo siguiente:

- Carta de bienvenida a ALLHEALTH NETWORK y copias de todos los documentos firmados
- Contrato de tratamiento, consentimiento y acuse de recibo
- Declaración de derechos de privacidad, incluida la Confidencialidad de la drogodependencia y el alcoholism
- Información financiera del cliente y política financier

Firma del cliente/tutor

Fecha de nacimiento del cliente

Nombre en letras de imprenta

Fecha de la firma

Witness of AllHealth Network

Date



FORMULARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre del cliente: _____		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Raza (Seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Negro(a) o africano(a) americano(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Sin respuesta		Origen hispano: <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro origen hispano <input type="checkbox"/> Sin respuesta <input type="checkbox"/> No aplica	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Sexo con el que se identifica el (la) cliente(a): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Solo(a) <input type="checkbox"/> Con madre <input type="checkbox"/> Con parientes <input type="checkbox"/> Con compañero(a) o pareja <input type="checkbox"/> Con padre <input type="checkbox"/> Con tutor(a) <input type="checkbox"/> Con cónyuge <input type="checkbox"/> Con hermanos(as) <input type="checkbox"/> Con personas que no son parientes <input type="checkbox"/> Con niños <input type="checkbox"/> Con padre(s) de crianza		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro(a) <input type="checkbox"/> Sin respuesta	
Parientes en el hogar Nombre(s): _____ _____ _____ _____		Fecha de nacimiento o edad _____ _____ _____ _____ _____	(circule) M o F M o F M o F M o F M o F
Contacto de emergencia: (Además, tiene que llenar un formulario de <i>Divulgación de información</i>). Nombre: _____		Parentesco con el (la) cliente(a): _____ _____ _____	
Contacto de emergencia: (Además, tiene que llenar un formulario de <i>Divulgación de información</i>). Nombre: _____		Teléfono: _____ _____	
Persona autorizada para tomar decisiones médicas por menores Nombre: _____ Nombre: _____		Parentesco: _____ Parentesco: _____	
Lugar de residencia: <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Centro de reinserción social <input type="checkbox"/> Centro de cuidados (adulto) <input type="checkbox"/> Hogar de crianza (juven) <input type="checkbox"/> Instalación de servicios de enfermería <input type="checkbox"/> Instalación residencial (adulto - salud mental) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Instalación correccional <input type="checkbox"/> Unidad de tratamiento de agudos (adultos solamente) <input type="checkbox"/> Vivienda con régimen asistencial <input type="checkbox"/> Vivienda sobria <input type="checkbox"/> Tratamiento o grupo residencial <input type="checkbox"/> Hogar de grupo (adulto) <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otra instalación residencial		¿Es veterano(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene el (la) cliente(a) un historial de traumas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Función principal actual <input type="checkbox"/> Empleado(a) (tiempo completo 35 + horas / semana) <input type="checkbox"/> Empleado(a) (tiempo parcial ≤ 35 horas / semana) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a) con régimen asistencial	<input type="checkbox"/> Estudiante (edades de 0-18 solamente) <input type="checkbox"/> Voluntario(a) <input type="checkbox"/> Amo(a) de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Recluso(a) <i>* Por favor, tenga presente que estas categorías son designadas por los Estados.</i>	Discapacidades: (Seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Sordo(a) o pérdida considerable de la audición <input type="checkbox"/> Ciego(a) o pérdida considerable de la visión <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el aprendizaje <input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el desarrollo
---	--	---

Ingreso bruto anual familiar \$ _____ Número de personas sustentadas con dicho ingreso: ____	Número de menores dependientes:
--	--

¿Recibe el (la) cliente(a) SSI (siglas de Supplemental Security Income - Seguridad de Ingreso Suplementario) ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe el (la) cliente(a) SSDI (siglas de Social Security Disability Insurance - Seguro por Discapacidad del Seguro Social) ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Nivel de educación más alto alcanzado	<input type="checkbox"/> Pre-kindergarten <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 3 <input type="checkbox"/> Grado 4 <input type="checkbox"/> Grado 5	<input type="checkbox"/> Grado 6 <input type="checkbox"/> Grado 7 <input type="checkbox"/> Grado 8 <input type="checkbox"/> Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 o equivalencia de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Cursos universitarios <input type="checkbox"/> Grado universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
--	--	--	---

Información de la escuela (si estudia actualmente)			
_____ Nombre de la escuela			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Clasificación de fumador(a):	
<input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — diariamente <input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — periódicamente <input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — frecuencia desconocida	<input type="checkbox"/> Anteriormente fumó o consumió tabaco <input type="checkbox"/> Nunca fumó o consumió tabaco <input type="checkbox"/> No se sabe si alguna vez fumó o consumió tabaco

Existencia de problemas de salud mental (Seleccione una): <input type="checkbox"/> Más de un año <input type="checkbox"/> Un año o menos	Servicios anteriores o actuales (Marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Justicia juvenil <input type="checkbox"/> Correccionales para adultos <input type="checkbox"/> Discapacidades relacionadas con el desarrollo <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Asistencia social para menores <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Ninguno Número de arrestos en los últimos 30 días: _____ ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historial de servicios de salud mental (Marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Internado _____ Número de hospitalizaciones psiquiátricas anteriores: <input type="checkbox"/> Otro 24 horas <input type="checkbox"/> Cuidado parcial <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ninguno	

Cuestionario sobre días saludables



Nombre: _____

Fecha: _____

Diría Ud. que en general su salud es: **(Circule una opción)**

Excelente

Muy Buena

Buena

Aceptable

Mala

Ahora pensando en su salud física, que incluye enfermedades físicas y lesiones, por cuántos días durante los últimos 30 días su salud física NO fue buena?

Número de Días: _____ **(0-30 días)**

Ahora pensando en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, por cuántos días durante los últimos 30 días su salud mental NO fue buena?

Número de Días: _____ **(0-30 días)**

Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días la mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, como el autocuidado, el trabajo o entretenimiento?

Número de Días: _____ **(0-30 días)**

Provider Use Only

Client ID: _____ RU: _____ Check here if this is the client's baseline assessment

Return all forms to QIC

AllHealth Network
CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

**Location
(circle one)**
Castle Rock
Inverness
Parker
Southwood
Sycamore

Fecha: ____/____/____

Apellido del Cliente Nombre del Cliente Inicial 2do nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Cuál es su altura? ____Pies ____ Pulgadas Cuál es su peso? ____ Libras

SU HISTORIAL MÉDICO

Circule una opción		Por favor, marque SI o NO para cada ítem listado para identificar si ha sido diagnosticado o ha tenido dificultades con los mismos	Si marcó SI, por favor proporcione detalles, incluyendo fechas y nombres de médicos
SI	NO	Cancer	
SI	NO	Diabetes	
SI	NO	Desmayos	
SI	NO	Dolores de cabeza frecuentes	
SI	NO	Lesión de cabeza	
SI	NO	Enfermedad cardíaca	
SI	NO	Hepatitis	
SI	NO	Colesterol Alto	
SI	NO	Hipertensión	
SI	NO	Convulsiones	
SI	NO	Derrame cerebral	
SI	NO	<i>Sólo Mujeres: ¿ Está embarazada o planeando embarazarse?</i>	
SI	NO	Usa Tabaco?	Si marcó sí, qué tipo?
			Si marcó sí, cuánto/con qué frecuencia?
SI	NO	Tiene alergias?	Haga una lista y describa tipos de reacciones:

SU HISTORIA FAMILIAR

Circule una opción		Por favor marque SI o NO por cada ítem listado para identificar si un miembro de su familia inmediata ha sido diagnosticado o ha tenido dificultades con los mismos.	Si marcó SI, por favor identifique su relación con el miembro familiar (p. ej. madre, abuelo, hermano, etc.)
SI	NO	Cancer	
SI	NO	Diabetes	
SI	NO	Enfermedad cardíaca	
SI	NO	Colesterol Alto	
SI	NO	Hipertensión	
SI	NO	Muerte cardíaca súbita antes de los 50	
SI	NO	Suicidio	

SUS MEDICACIONES

Toma alguna de las siguientes medicaciones?	Circule Uno		Enumere quién/es prescriben su medicación
Aripiprazole (Abilify)	YES	NO	
Asenapine Maleate (Saphris)	YES	NO	
Clozapine (Clozaril)	YES	NO	
lloperidone (Fanapt)	YES	NO	
Lurasidone (Latuda)	YES	NO	
Olanzapine (Zyprexa)	YES	NO	
Olanzapine/Fluoxetine (Symbyax)	YES	NO	
Paliperidone (Invega)	YES	NO	

Quetiapine (Seroquel)	YES	NO	
Risperidone (Risperdal)	YES	NO	
Ziprasidone (Geodon)	YES	NO	

CONTINUACIÓN DE SUS MEDICACIONES

Enumere todos los otros medicamentos que toma actualmente (Incluyendo medicamentos sin receta)	Enumere quién/es están prescribiendo su medicación

Autoevaluación de Pre-Diabetes

Responda a las siguientes 7 preguntas – por cada “Si”, sume los puntos de la lista.	Si	No
Tiene un padre con diabetes?	1	0
Tiene un hermano o hermana con diabetes?	1	0
Es Ud. una mujer que ha tenido un bebé que pesó más de 9 libras al nacer?	1	0
Tiene entre 45 y 64 años?	5	0
Es Ud. menor de 65 años y tiene poca o ninguna actividad física en un día típico?	5	0
Tiene 65 años o más?	5	0
Encuentre su altura en la siguiente tabla. ¿Pesa tanto o más que el peso que aparece en la tabla para su estatura?	9	0

Altura	Peso	Altura	Peso	Altura	Peso	Altura	Peso	Altura	Peso
4'10"	129	5'2"	147	5'6"	167	5'10"	188	6'2"	210
4'11"	133	5'3"	152	5'7"	172	5'11"	193	6'3"	216
5'0"	138	5'4"	157	5'8"	177	6'0"	199	6'4"	221
5'1"	143	5'5"	162	5'9"	182	6'1"	204		

Pre-Diabetes
Screening Score

Información sobre Médico de Atención Primaria / Clínica de Atención Primaria y de Farmacia

Nombre del Médico o Clínica

Dirección

No. de Teléfono

No. de Fax

Nombre de Farmacia

Dirección

No. de Teléfono

No. de Fax

Firma del Cliente O Padre/Tutor Legal si es menor de 15 años o incapacitado

Fecha

For Internal Use Only

Form reviewed by (Intake Clinician)

Fecha

If client does not have PCP was a referral made to Be Well Clinic? Yes No

Date of Referral

If no, why not:

AllHealth Network

155 Inverness Drive West Englewood CO 80112

PERMISO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN O AUTORIZACIÓN PARA 42 C.F.R. PARTE 2

Yo, _____ / _____ / _____
Nombre del Consumidor Inicial del 2do. Nombre Apellido Fecha de Nacimiento del Consumidor

AllHealth Network a obtener información y compartir información con: mi compañía de seguros de salud identificada incluyendo Medicaid o Medicare

La información relacionada con el Abuso de Sustancias puede incluir:

- Evaluación/Diagnóstico/Antecedentes Familiares Información Médica/ Medicaciones Prescriptas
Resumen y Recomendaciones de Tratamiento Historia y Tratamiento de Drogas/ Alcohol
Pruebas Psicológicas/Consultas Planes de Servicios

Al marcar esta casilla, autorizo a AllHealth Network a divulgar mi información de salud, incluida la información relacionada con mi tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas, con el propósito de que AllHealth Network presente reclamaciones de pago a mi compañía de seguros. (Los servicios no pueden ser condicionados o rechazados si el consumidor se niega a firmar.)

Si es aplicable, por la presente autorizo a la Organización de la Salud del Comportamiento ("BHO") que haya recibido y procesado un reclamo por los servicios que me ha proporcionado AllHealth Network, a volver a difundir dicha información al Departamento de Política y Financiamiento del Departamento de Salud de Colorado (Medicaid) para sus propósitos de administración de Medicaid como es requerido por el contrato que BHO tiene con Medicaid.

BHOs autorizados para recibir y volver a divulgar información: Access Behavioral Care; Behavioral Healthcare, Inc; Asociaciones de Salud de Colorado; Foothills Behavioral Health Partners, LLC

Entiendo que la información a ser divulgada/autorizada puede contener información relativa a la siguiente condición(es):

- Abuso de Drogas Condiciones Psiquiátricas /Tratamiento
Alcoholismo o Abuso de Alcohol VIH / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ (SIDA)

Entiendo que AllHealth Network no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios conforme firme o no.

Si la información a ser divulgada/ autorizada se refiere al diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y abuso de drogas, entiendo que la confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2.

Entiendo que puedo revocar esta autorización o permiso en cualquier momento mediante notificación verbal escrita a AllHealth Network, excepto en la medida en que ya se hayan adoptado medidas basadas en ella. Sin dicha revocación, esta autorización expirará el ____ / ____ / _____, o si se deja en blanco, dos años a partir de la fecha de mi firma, o como resultado de la acción o evento de _____.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este formulario sujeto a las condiciones indicadas arriba o si firmo tengo derecho a una copia del formulario firmado

Firma del Consumidor/Padre/Representante Legal

Relación con Consumidor

Fecha

Testigo

AVISO A QUIÉN SE DARÁ ESTA INFORMACIÓN: Esta información se le ha suministrado a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que ésta esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o como está permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

* Una copia / facsímil de este Permiso de Divulgación / Autorización es tan válida como el original.

** Si es aplicable, una evaluación de la cantidad mínima necesaria de información requerida se ha aplicado a este permiso de divulgación/ autorización.

**DELINCUENTE FUERA DEL ESTADO
CUESTIONARIO DEL CLIENTE**

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por todos los clientes que buscan admisión a este programa para cualquier tipo de educación o tratamiento, como lo requiere la ley de Colorado. La negativa a cooperar o el no proporcionar información completa o exacta, incluyendo la no firma del Permiso de Divulgación de Información a la agencia de justicia criminal que lo refiere, resultará en la negación de asistir al programa de tratamiento y la notificación a las autoridades, de acuerdo con los requisitos en C.R.S. 17-27.1-101.

1) ¿Está obligado a informar sobre el progreso o culminación del tratamiento a cualquier tribunal, Departamento de Correcciones, Libertad Condicional, Suspensión condicional de sentencia, Programa Preventivo para Adultos u Oficina de Patentes y Rodados? SI NO

2) ¿Tiene algún caso pendiente en otro estado? SI NO

Si marcó SI en 1 o 2, por favor conteste las siguientes preguntas:

3) ¿Para qué estado está cumpliendo el tratamiento? _____

4) ¿A quién debe reportar su tratamiento? _____
(ejemplo: corte, juez, libertad condicional, suspensión condicional de sentencia, etc.)

5) ¿Está, o estará bajo la supervisión de un Oficial de Libertad Condicional o Suspensión condicional de sentencia en Colorado?

6) Sólo para infractores de Conducción Bajo la Influencia: ¿Está buscando educación o tratamiento con el único propósito de restaurar sus privilegios de conducir como resultado de una infracción a causa del consumo de alcohol o drogas en otro estado, pero no está bajo orden judicial para hacerlo? YES NO

Su Nombre: _____ Fecha Nacimiento: _____

No. de Seguro Social: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

Si respondió SI a 1 y 2, por favor proporcione lo siguiente: _____
Nombre, dirección y número de teléfono de su _____
Oficial de libertad condicional, juez u Oficial de Prevención. _____

Deberá incluir una copia de su orden de Libertad Condicional, Corte u Orden Preventiva, incluyendo los requerimientos del tratamiento.

Staff use only: If yes to 1 or 2, Contact Rebecca Frazier, Treatment Placement Analyst with the Interstate Office, Colorado Department of Corrections at 303-763-2441 or rebecca.frazier@state.co.us to complete notification of out of state offender placement documents. Form A and Form B must be completed and submitted to the DOC.

AS_T_OutofStateOffenderQuestionnaire_2/2016

POLÍTICA DE HONORARIOS/FACTURACIÓN

Muchas gracias por elegir a Arapahoe/Douglas Mental Health Network (ALLHEALTH NETWORK) como su proveedor de atención de la salud conductual. Nos hemos comprometido a brindarle una atención destacada al costo más accesible. Para lograr estas metas, necesitamos su asistencia y su comprensión de nuestra política financiera.

TODOS LOS COPAGOS, LOS COSEGUROS, LOS DEDUCIBLES Y/O LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS SON PAGADEROS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO.

SOLO MEDICAID: Si tiene algún otro seguro además de Medicaid, debe brindar dicha información de inmediato. No hacerlo constituye un FRAUDE. Medicaid siempre es el seguro pagador de último recurso.

- ALLHEALTH NETWORK está autorizado para recibir el pago directo de su compañía de seguros por los servicios de salud conductual y/o los beneficios de servicios médicos que se le presten.
 - TODOS los servicios no cubiertos deben ser pagados en el momento del servicio. Estos servicios y sus honorarios asociados serán tratados con usted antes de la prestación del servicio.
 - Como cortesía, cuando presente su tarjeta de seguro vigente y válida, le facturaremos a su compañía de seguros. No obstante, la totalidad del saldo es su responsabilidad, independientemente de que la compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato.
 - Es su responsabilidad asegurarse de que la tarjeta de seguro provista sea la más actualizada, y que toda la información personal sea correcta, incluidos su nombre, su fecha de nacimiento y el médico de cabecera (si corresponde).
 - En caso de que cambie su cobertura de seguro a un plan en el que seamos un proveedor fuera de la red, usted es responsable del pago total en el momento en que se preste el servicio.
 - Hay asistencia financiera disponible para los clientes que reúnen los requisitos y proveen comprobantes actuales de ingresos, comprobante de sus dependientes y comprobante del domicilio. (Hay una lista de los documentos adecuados disponible a pedido).
 - Nos reservamos el derecho de agregar el 25% a la cantidad total impaga, si su cuenta debe enviarse a una agencia de cobros independiente.
 - Nos reservamos el derecho a cobrarle \$35.00 como arancel por fondos insuficientes (ISF, por su sigla en inglés) sobre los instrumentos rechazados (cheques y/o transacciones de las tarjetas de crédito/débito).
 - Nos reservamos el derecho de cobrarle \$30.00 como arancel por no presentarse sobre todas las citas canceladas sin aviso previo con 24 horas de anticipación.
 - Anualmente debe revisar esta política financiera y completar un formulario de admisión financiera
- Comprendo que con mi firma en este contrato de honorarios, presto mi consentimiento para el tratamiento y me comprometo a asistir periódica y puntualmente a todas mis citas. Comprendo que asistir a las sesiones me ayudará a alcanzar mis metas terapéuticas. Comprendo asimismo y consiento que dos citas perdidas o cancelaciones tardías en 90 días, no pagar los copagos exigidos o cualquier combinación de estas faltas darán lugar a que se traspase mi atención a un nivel alternativo de atención, intentos de comunicarse conmigo, o mi baja como cliente en caso de que no responda. Comprendo que el pago se adeuda en el momento del servicio. Comprendo que los honorarios y aranceles adeudados deben pagarse para que se considere mi reincorporación. Se me invita a llamar a Admisiones al 303-730-8858 para ser considerado para servicios futuros.



DECLARACIÓN DE INGRESO

Nombre _____ # Cliente _____ A la fecha _____

El cliente está recibiendo servicios de AllHealth Network. Nos han indicado la siguiente información:

Actualmente no tengo ninguna fuente de ingreso o de seguro.

O

Tengo recursos limitados y estoy solicitando asistencia.

Ingreso Anual del Hogar _____
Total de Individuos en el Hogar _____

El cliente ha acordado notificar a AllHealth Network cuando su situación cambie en cuanto a sus ingresos, dependientes o elegibilidad de seguro. El cliente entiende que la cuota se basa en el ingreso total del hogar y el número de dependientes.

Nombre en Imprenta de representante de AllHealth Network

Firma de Representante de AllHealth Network

Fecha



FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE Y CONTRATO DE HONORARIOS

Marque el que corresponda: Seguro nuevo Misma póliza/Diferente copago Seguro perdido Sin cambios

N.° de ID del cliente ____-____-____-____	Apellido del cliente	Nombre de pila	Inicial media	Fecha de nacimiento del cliente
N.° de Seguro Social del cliente: ____-____-____-____	<i>Fecha de vigencia de la póliza:</i>			
PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE por el CLIENTE				
Relación con el cliente: (Marque su respuesta con un círculo)			SSN del responsable	
1) Cliente	2) Cónyuge	3) Dependiente	4) Padre/Tutor	5) Otro _____
Apellido	Nombre de pila		Inicial media	Fecha de nacimiento del responsable
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono particular	Teléfono laboral y ext.	Lugar de empleo		

TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIA

Apellido del titular de póliza	Nombre de pila	Inicial media	SSN del titular de póliza
Nombre de la compañía de seguros			Fecha de nacimiento del titular de póliza
Empleador del titular de póliza			N.° de teléfono de la compañía de seguros
N.° de póliza	N.° de grupo	Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro	

SEGURO SECUNDARIO (COMPLETAR ÚNICAMENTE SI TIENE UN SEGUNDO PLAN DE SEGURO)

Apellido del titular de póliza	Nombre de pila	Inicial media	SSN del titular de póliza
Nombre de la compañía de seguros			Fecha de nacimiento del titular de póliza
Empleador del titular de póliza			N.° de teléfono de la compañía de seguros:
N.° de póliza	N.° de grupo	Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro	

To Be Completed by Allhealth Network

Ingreso bruto anual	DOCUMENTACIÓN SOBRE LAS TARIFAS ESCALONADAS		
Cantidad de dependientes (incluido el cliente)	TIPO DE COMPROBANTE DE INGRESOS	PORCENTAJE DE LOS CARGOS QUE DEBE PAGAR	
Cantidad de hijos dependientes	TIPO DE COMPROBANTE DE DEPENDIENTES	RESULTADO DE LA SOLICITUD DE MEDICAID	
TIPO DE DOCUMENTACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE DOMICILIO			

He leído la Política sobre honorarios/facturación al dorso. Comprendo que los copagos y los deducibles son estimados, se basan en la información que ALLHEALTH NETWORK ha recibido de mi compañía de seguros, y están sujetos a cambio. He completado la información solicitada en su totalidad, y a mi leal saber y entender. Recibí una copia del formulario. **Estoy de acuerdo con asumir la responsabilidad y pagarle a Network los honorarios cedidos/los honorarios del seguro.**

Autorizo a Arapahoe/Douglas Mental Health Network a divulgar mi información con todos los fines de reclamaciones y pago, según lo solicite mi compañía de seguros o un tercero pagador, y eximo a Arapahoe/Douglas Mental Health Network de toda responsabilidad relacionada con dicha divulgación de información.

Cedo todos los beneficios y los derechos al pago de los servicios provistos por Arapahoe/Douglas Mental Health Network, y autorizo que se efectúe el pago directamente a Arapahoe/Douglas Mental Health Network por los terceros pagadores que brinden beneficios o paguen dichos servicios.

Firma del cliente

Fecha

Representante de ALLHEALTH NETWORK

Fecha

ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN



Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Calle _____

Código postal _____

Número de teléfono _____

Use la columna de la derecha para indicar sus respuestas.

G14	¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio?	_____ / _____ Años Meses
G16	Fecha de nacimiento:	_____/_____/_____ (mes/día/año)
G17	¿De qué raza se considera? 1. Blanca (no hispano) 2. Negra (no hispano) 3. Aborigen americano 4. Nativo de Alaska 5. De Asia/Del Pacífico 6. Hispana - Mexicano 7. Hispana – Portorriqueño 8. Hispana - Cubano 9. Hispana - Otros	
G18	¿Tiene alguna preferencia religiosa? 1. Protestante 3. Judío 5. Otra 2. Católico 4. Islamita 6. Ninguna	
G19	¿Ha estado en un entorno controlado en los últimos 30 días? 1. No 4. Tratamiento médico 2. Prisión 5. Tratamiento psiquiátrico 3. Trat. por alcohol/drogas 6. Otro: _____ Un lugar teóricamente sin acceso a las drogas o al alcohol.	
G20	¿Por cuántos días? “NN” si respondió No a la Pregunta G19. Se refiere a la cantidad <u>total</u> de días que estuvo detenido en los últimos 30 días.	

Algunas de las preguntas de este cuestionario le piden que califique la gravedad de algo en particular. Para dichas preguntas, use la siguiente escala de calificación:

0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente

Si tiene alguna duda sobre cómo responder una pregunta, consútenos . Muchas gracias.

ESTADO DE SALUD

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

M1	¿Cuántas veces estuvo internado por problemas médicos en su vida? Incluya estadías de más de un día y por observación. Excluya tratamientos de desintoxicación, de drogodependencia/alcoholismo, tratamientos psiquiátricos y partos (si no hubo complicaciones). Ingrese la cantidad de internaciones por problemas médicos de más de una noche.	
-----------	---	--

M3	¿Tiene problemas médicos crónicos que interfieren con su vida de manera continua? 0=No 1=Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Una afección médica crónica es una afección física grave que requiere atención regular (es decir, medicamentos, restricción dietaria) que le impide aprovechar sus habilidades al máximo.	
-----------	---	--

M4	¿Toma medicamentos recetados con regularidad por un problema físico? 0 = No 1 = Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Medicamentos prescritos por un médico para sus afecciones médicas; no medicamentos psiquiátricos. Incluya los medicamentos recetados, independientemente de que los esté tomando ahora o no. La intención es verificar la existencia de afecciones médicas crónicas.	
-----------	---	--

M5	¿Recibe una pensión por discapacidad física? 0 = No 1 = Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Incluya seguros por accidentes de trabajo; excluya discapacidades psiquiátricas.	
-----------	--	--

M6	¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en los últimos 30 días? No incluya las afecciones causadas directamente por las drogas o el alcohol. Incluya resfriados, gripe, etc. Incluya afecciones graves relacionadas con las drogas y el alcohol que continúan a pesar de que usted esté en abstinencia (por ej., cirrosis hepática, abscesos de las inyecciones, etc.).	
-----------	---	--

Use la escala de calificación que antecede.

M7	¿Cuánto lo han molestado estos problemas médicos en los últimos 30 días? Restrinja su respuesta a los días con los problemas identificados en la Pregunta M6.	
-----------	--	--

M8	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento de estos problemas médicos <u>ahora</u> ? Se refiere a su necesidad de un tratamiento médico nuevo o adicional.	
-----------	--	--

Escala de calificación:**0 = Para nada** **1 = Levemente** **2 = Moderadamente** **3 = Considerablemente** **4 = Extremadamente****ESTADO DE EMPLEO/SOSTÉN ECONÓMICO****COMENTARIOS**

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

E1	Educación completada: GED = 12 años, indique en los comentarios. Incluya solo la educación formal.	_____	_____
		Años	Meses

E2	Educación vocacional o técnica completada: Solo capacitación formal/organizada. Para el entrenamiento militar, incluya solo el entrenamiento que puede emplearse en la vida civil, por ejemplo, electrónica o computación.	_____	_____
		Años	Meses

E4	¿Tiene licencia de conductor vigente? 0 = No 1 = Sí Licencia vigente; no suspendida ni revocada. Si la respuesta es NO, continúe con la Pregunta E6.		
E5	¿Tiene un automóvil a su disposición? 0 = No 1 = Sí Si la respuesta en E4 = NO, la respuesta de E5 = No. No es necesario que el vehículo sea de su propiedad, sino que esté a su disposición de manera regular.		

E6	¿Cuánto duró su empleo de tiempo completo más largo? Tiempo completo = + de 35 horas por semana; no significa necesariamente su empleo más reciente.	_____	_____
		Años	Meses

E7	¿Ocupación usual (o última)? (Especificar) _____		
-----------	---	--	--

E9	¿Alguien contribuye la mayor parte de su sostén económico? 0 = No 1 = Sí		
-----------	--	--	--

E10	¿Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años? _____ 1. Tiempo completo (+ de 35 horas) 5. Servicio 2. Tiempo parcial (horario regular) 6. Jubilado/Discapacidad 3. Tiempo parcial (horario irregular) 7. Desempleado 4. Estudiante 8. En un entorno controlado La respuesta debe representar la mayor parte de los últimos 3 años, no solo la selección más reciente. Si hay períodos iguales para más de una categoría, seleccione la que mejor representa su situación más actual.		
------------	--	--	--

E11	¿Cuántos días recibió pago por trabajar en los últimos 30 días? Incluya el trabajo "en negro", licencia por enfermedad paga y vacaciones.		
------------	---	--	--

Rating Scale: 0=Not at all

1= Slightly

2= Moderately

3= Considerably

4= Extremely

¿Cuánto dinero recibió de las siguientes fuentes en los últimos 30 días?

E12	¿Empleo? \$ _____ Salario neto o "en mano"; incluya los pagos "en negro".
E13	¿Subsidio por desempleo? \$ _____
E14	¿Bienestar social? \$ _____ Incluya los cupones para alimentos y el dinero para transporte pagado por una agencia para ir y regresar del tratamiento.
E15	¿Pensiones, beneficios o Seguro Social? \$ _____ Incluya los beneficios por discapacidad, pensiones, jubilación, beneficios para veteranos de guerra, SSI y seguros de accidente de trabajo.
E16	¿Pareja, familiares o amigos? \$ _____ Dinero para gastos personales (por ejemplo, ropa); incluya fuentes no confiables de ingresos (por ejemplo, apuestas). Registre solo los pagos en efectivo; incluya el dinero "caído del cielo" (inesperado), dinero de préstamos, apuestas, herencias, devoluciones de impuestos, etc.).
E17	¿Illegal? \$ _____ Dinero en efectivo obtenido por el comercio de drogas, robos, comerciar objetos robados, apuestas, prostitución, etc. No convierta las drogas cambiadas a su valor en dólares.

E18	¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de sus gastos de alimentos, vivienda, etc.? Deben depender regularmente del cliente; incluya pensiones alimentarias/manutención de niños; no se incluya a sí mismo ni a su cónyuge si se mantiene solo.
------------	---

E19 ¿Cuántos días tuvo problemas con su empleo

	en los últimos 30 días? Incluya la incapacidad de encontrar empleo, si buscó empleo activamente o los problemas con su empleo actual en virtud de los cuales el empleo está en peligro.
--	---

Use la escala de calificación que antecede.

E20	¿En qué medida lo molestaron estos problemas de empleo en los últimos 30 días? No responda si estuvo encarcelado o detenido en los últimos 30 días.
------------	--

Use la escala de calificación que antecede.

E21	¿Qué importante es para usted obtener asesoramiento psicológico por estos problemas laborales <u>ahora</u> ? Las calificaciones de las Preguntas E20 y E21 se refieren a la Pregunta E19. Ayuda para encontrar o prepararse para un empleo; no encontrar empleo.
------------	--

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

Tipos de vías de administración:		Últimos 30 días	Toda la vida (años)	Vía de admin
1. Oral 2. Nasal 3. Fumar 4. Inyección no IV 5. IV				
Indique la vía usual o más reciente. Si hay más de una vía, elija la más grave. Las vías se enumeran de la menos grave a la más grave.				
D1	Alcohol (cualquier consumo)			
D2	Alcohol (hasta embriagarse)			
D3	Heroína			
D4	Metadona			
D5	Otros opiáceos/analgésicos			
D6	Barbitúricos			
D7	Sedantes/hipnóticos/ tranquilizantes			
D8	Cocaína			
D9	Anfetaminas			
D10	Cannabis			
D11	Alucinógenos			
D12	Inhalables			
D12a	Nicotina			
D13	Más de 1 sustancia por día			
	(incluido alcohol)			
D17	¿Cuántas veces tuvo DT por alcohol? Delirium Tremens (DT): Ocurre 24 a 48 horas después del último trago, o disminución importante del consumo de alcohol. Incluya temblores, desorientación grave, fiebre, alucinaciones que por lo general requieren atención médica.			
¿Cuántas veces en la vida lo trataron por...				
D19	... alcoholismo?			
D20	... drogodependencia? Incluya desintoxicación, hogares de transición, asesoramiento psicológico como paciente internado o ambulatorio, AA o NA (si asistió a + de 3 reuniones en un mes).			
¿Cuántos de estos tratamientos fueron exclusivamente para desintoxicación?				
D21	¿De alcohol?			
D22	¿De drogas? Si D19 = "00", la respuesta a la pregunta D21 es "NN" Si D20 = "00", la respuesta a la pregunta D22 es "NN"			
¿Cuánto dinero diría usted que gastó en los últimos 30 días en...				
D23	... alcohol? \$ _____			
D24	... drogas? \$ _____ Incluya solo el dinero que efectivamente gastó. ¿Cuál es la carga financiera de las drogas/el alcohol?			
	¿Cuántos días fue tratado como paciente ambulatorio por alcoholismo o drogodependencia en los últimos 30 días? Incluya AA/NA			

Rating Scale: 0=Not at all

1= Slightly

2= Moderately

3= Considerably

4= Extreme

Use la escala de calificación que antecede.

En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido...

D26	... problemas con el alcohol?	
	¿En qué medida lo molestaron estos problemas en los últimos 30 días?	
D28	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento de estos problemas <u>ahora</u> ?	
En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido...		
D27	... problemas con las drogas? Incluya únicamente: ganas de consumirlas, síntomas de abstinencia, efectos perturbadores del consumo o querer interrumpir el consumo y no poder hacerlo.	
	¿En qué medida lo molestaron estos problemas en los últimos 30 días?	
D29	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento de estos problemas <u>ahora</u> ?	

CONDICIÓN LEGAL

L1	¿Esta admisión fue ordenada o recomendada por el sistema de justicia penal? Juez, funcionario de <i>probation</i> /de libertad bajo palabra, etc. 0 = No 1 = Sí	
-----------	---	--

L2	¿Está usted en libertad bajo palabra o <i>probation</i> ? Indique la duración y el nivel en los comentarios. 0 = No 1 = Sí	
-----------	--	--

¿Cuántas veces en la vida lo arrestaron y acusaron de lo siguiente...

Incluya la cantidad total de acusaciones, no solo las condenas. No incluya los delitos juveniles (antes de los 18 años de edad), a menos que se los hayan imputado siendo adulto. Incluya solo las acusaciones formales. No incluya los delitos menores de las preguntas L18-20 que siguen.

Las condenas incluyen multas, *probation*, encarcelamientos, sentencias en suspenso y las declaraciones de culpa.

L3	... hurto/vandalismo	
L4	... libertad bajo palabra/ <i>probation</i>	
L5	... acusaciones relacionadas con drogas	
L6	... falsificación	
L7	... delitos relacionados con armas	
L8	... asalto/latrocinio/irrupción en propiedad privada	
L9	... robo a mano armada	
L10	... agresiones	
L11	... incendio intencional	
L12	... violación	
L13	... homicidio/Asesinato	
L14	... prostitución	
L15	... desacato al tribunal	
L16	... otro	

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

Escala de calificación:

0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente

L17	¿Cuántas de estas acusaciones dieron lugar a condenas?	
	Si L3-16 = 00, la respuesta a la pregunta L17 = "NN".	

¿Cuántas veces en la vida lo arrestaron y acusaron de lo siguiente...		
L18	... mala conducta, vagancia, ebriedad en público?	
L19	... conducir bajo los efectos de drogas o alcohol?	
L20	... infracciones mayores mientras conducía? Infracciones de tránsito: exceder el límite de velocidad, conducir de manera negligente, no tener licencia, etc.	

¿Cuántos meses estuvo encarcelado en su vida?		
L21	Si estuvo encarcelado durante 2 o más semanas, redondéelo a 1 mes. Indique la cantidad total de meses que estuvo en prisión.	

L24	¿Actualmente está esperando una acusación, un juicio o una sentencia? 0 = No 1 = Sí	
L25	¿Por qué motivo? Use el número del tipo de delito que cometió: L3-16 y L18-20 Se refiere a la Pregunta L24. Si son más de uno, elija el más grave. No incluya los juicios civiles, a menos que impliquen un delito penal.	

L26	¿Cuántos días de los últimos 30 días estuvo detenido o en prisión? Incluya ser arrestado y liberado el mismo día.	
------------	---	--

L27	En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha participado en actividades ilegales por dinero? Excluya la posesión simple de drogas. Incluya comercio de drogas, prostitución, vender objetos robados, etc. Puede ser controlado con la Pregunta E17 en la Sección de Empleo/Sostén económico.	
------------	---	--

Escala de calificación:

0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente

Use la escala de calificación que antecede.		
L28	¿Qué graves considera usted sus problemas legales actuales? Excluya los problemas con la justicia civil.	
L29	¿Qué importancia tiene para usted el asesoramiento psicológico o una derivación por estos problemas legales <u>ahora</u> ? Debe calificar la necesidad de una derivación <i>adicional</i> de asesoramiento legal para su defensa contra acusaciones penales.	

Escala de calificación:**0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente****RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES****COMENTARIOS**

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

F1	Estado civil: 1. Casado 3. Viudo 5. Divorciado 2. Nuevas nupcias 4. Separado 6. Nunca se casó Convivencia de hecho = 1 Especificar en los comentarios.	
-----------	---	--

F3	¿Está satisfecho con esta situación? 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí Satisfecho = en términos generales le gusta esta situación. Se refiere a la Pregunta F1.	
-----------	--	--

F4	Arreglos de vivienda habituales (últimos 3 años): 1. Con la pareja sexual y los hijos 2. Solo con la pareja sexual 3. Solo con los hijos 4. Con los padres 5. Con la familia 6. Con amigos 7. Solo 8. Entorno controlado 9. Sin arreglos estables Elija los arreglos que sean más representativos de los últimos 3 años. Si hay una distribución uniforme entre estos arreglos, elija el más reciente.	
-----------	---	--

F6	¿Está satisfecho con estos arreglos? 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí	
-----------	--	--

¿Vive con alguien que...

F7	...tenga un problema actual con el alcohol? 0 = No 1 = Sí	
-----------	--	--

F8	...consume drogas no recetadas? 0 = No 1 = Sí	
-----------	---	--

F9	¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? 1 = Familia 2 = Amigos 3 = Solo Si considera que su novio/novia es parte de su familia, refiérase a ellos como familia en toda esta sección, no como amigos.	
-----------	---	--

F10	¿Está satisfecho con pasar su tiempo libre de este modo? 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí Responder que está satisfecho indica que por lo general le gusta esta situación. Se refiere a la Pregunta F9.	
------------	---	--

¿Ha tenido períodos importantes en los que tuvo problemas graves para relacionarse con... “Problemas graves” son los que pusieron en peligro la relación. Un “problema” requiere un contacto de algún tipo, por teléfono o en persona.		
0 = No 1 = Sí	Últimos 30 días	Toda la vida
F18	... su madre?	
F19	... su padre?	
F20	... sus hermanos?	
F21	... su pareja sexual/cónyuge?	
F22	... sus hijos?	
F23	... otros familiares importantes? (Especificar en los comentarios)	
F24	... sus amigos íntimos?	
F25	... sus vecinos?	
F26	... sus compañeros de trabajo?	

¿Alguien abusó de usted?		
	Últimos 30 días	Toda la vida
F28	¿Físicamente? 0 = No 1 = Sí Le causaron daño físico.	
F29	¿Sexualmente? 0 = No 1 = Sí Propuestas/actos sexuales forzados.	

Escala de calificación:

0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente

F30	En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido conflictos graves con su familia?	
F32	¿En qué medida lo molestaron estos problemas familiares en los últimos 30 días? Use la escala de calificación que antecede.	
F34	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento o el asesoramiento psicológico para estos problemas familiares ahora ? Califique su necesidad de asesoramiento psicológico para los problemas familiares, no si la familia estaría dispuesta a asistir. Use la escala de calificación que antecede.	
F31	En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido conflictos graves con otras personas?(excluida su familia)	
F33	¿En qué medida lo molestaron estos problemas sociales en los últimos 30 días? Use la escala de calificación que antecede.	
F35	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento o el asesoramiento psicológico para estos problemas sociales ahora ? Incluya la necesidad de buscar tratamiento de problemas sociales como la soledad, la incapacidad de socializar, y la insatisfacción con sus amigos. Su calificación debe referirse a la insatisfacción, los conflictos u otros problemas graves. Use la escala de calificación que antecede.	

ESTADO PSIQUIÁTRICO

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

¿Cuántas veces lo han tratado por problemas psicológicos o emocionales...		
P1	... en un hospital o internado?	
P2	... como paciente ambulatorio/privado? No incluya el consumo de sustancias, el asesoramiento para el empleo o familiar. Episodio de tratamiento = serie de consultas o días de tratamiento más o menos continuados, no cantidad de consultas o días de tratamiento. Si lo conoce, indique el diagnóstico en los comentarios.	

P3	¿Recibe una pensión por discapacidad psiquiátrica? 0 = No 1 = Sí	
-----------	--	--

¿Ha tenido un período importante de tiempo, no resultado directo del alcoholismo o la drogodependencia, durante el cual...			
0 = No 1 = Sí		Últimos 30 días	Toda la vida
P4	... tuvo depresión grave, tristeza, desesperación, pérdida de interés, dificultad con el funcionamiento diario?		
P5	...ansiedad/tensión grave, estuvo tenso, irrazonablemente preocupado, incapaz de relajarse?		
P6	... alucinaciones: vio cosas o escuchó voces que no existían?		
P7	...problemas para comprender, concentrarse, recordar?		

Para las preguntas P8-10, es posible que haya estado bajo los efectos del alcohol o las drogas.			
0 = No 1 = Sí		Últimos 30 días	Toda la vida
P8	... problemas para controlar las conductas violentas, incluidos episodios de ira o violencia?		
P9	...tuvo pensamientos suicidas intensos? Pensó seriamente en un plan para quitarse la vida.		
P10	... intentos de suicidio? Incluya los gestos o los intentos suicidas efectivos.		
P11	...le recetaron medicamentos para problemas psicológicos o emocionales? Recetados por un médico. Indique "Sí" si le recetaron el medicamento, aunque no lo haya tomado.		

Escala de calificación:

0 = Para nada 1 = Levemente 2 = Moderadamente 3 = Considerablemente 4 = Extremadamente

P12	En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido estos problemas psicológicos o emocionales? Se refiere a los problemas indicados en las preguntas P4-P10.	
------------	---	--

Use la escala de calificación que antecede.

P13	¿En qué medida lo molestaron estos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días? Refiérase a la pregunta P12.	
P14	¿Qué importancia tiene para usted el tratamiento de estos problemas psicológicos o emocionales <u>ahora</u> ?	

