



CARROUSEL THERAPY CENTER CORPORATION

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Género: M o F

Fecha de nacimiento: ____/____/____

SS: _____ - _____ - _____

Fecha: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FUENTE DE REFERENCIA / PCP

Nombre del médico: _____

Teléfono: (____) _____

Fax: (____) _____

PADRE / LEGAL GUARDIAN

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del día: (____) _____

Teléfono nocturno: (____) _____

Móvil: (____) _____ Correo Electrónico: _____

SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD, SEGURO O PLAN PUEDE REQUERIR UNA REFERENCIA DE FISICO O AUTORIZACION PREVIA Y USTED PUEDE ESTAR OBLIGADO POR EL PAGO PARCIAL O TOTAL PARA SERVICIOS DE TERAPIA PROPORCIONADOS

AUTORIZACION Y RECONOCIMIENTOS DE HIPAA

Aviso de practica de privacidad.

Al firmar esta declaración, usted está reconociendo que ha tenido la oportunidad de recibir
Aviso de Practicas de Privacidad de HIPAA:

NOMBRE DEL PACIENTE

Nombre Completo (Impreso): _____

Firma: _____

FIRMA DE PERSONA ASEGURADA O AUTORIZADA

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por el seguro.
Por la presente asigno y solicito, que el pago se realice directamente a CARROUSEL THERAPY CENTER CORPORATION por los servicios prestados a mi hijo.

Firma: _____ . Fecha: ____/____/_____

"Firma en el archivo" se imprimirá automáticamente en su formulario de reclamo, permitiendo que el seguro pague directamente.

DIVULGACION DE RECORD MEDICO

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar reclamos de seguro, incluyendo información médica y de facturación, así como para discutir la información del caso del niño con otros terapeutas que trabajan dentro de CARROUSEL THERAPY CENTER CORPORATION, hacia/desde, desde/hacia el medico de referencia, los colaboradores terapeutas y la compañía de seguros.

Firma del paciente o Persona autorizada: _____

PROGRAMACION DE CITAS

Por favor, haga una lista de todas las veces que su hijo estará disponible para su cita/s. Algunas veces son más difíciles de programar que otras. Nos ayudara a programar a su hijo más rápido si usted nos da tantas opciones como se posible. Haremos todo lo posible para trabajar con usted. Gracias por su ayuda.



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- I. ____ (inicial aquí) He recibido el **Manual del Consumidor**. Me dieron tiempo para hacer preguntas y entiendo las respuestas que se me dieron.

El Manual del Consumidor tiene información sobre los siguientes temas:

1. Derechos y responsabilidades de los consumidores
2. Derechos y responsabilidades
3. Políticas de Confidencialidad y Publicación o Solicitud de Información
4. Aviso de prácticas de privacidad
5. Procedimiento de queja

- II. ____ (inicial aquí) Se me ha proporcionado una lista de **Recomendaciones para Emergencias Después de Horas**

- III. ____ (inicial aquí) **Consentimiento para el tratamiento**

Entiendo que toda la información, incluida la evaluación del cliente, las notas de tratamiento, etc. se tratan con estricta confidencialidad y que ninguna información, ya sea verbal o escrita, será compartida sin el consentimiento por escrito del tutor legal (si el cliente está bajo los 18 años). Entiendo que las personas responsables de la atención a través de la Compañía deberán tener acceso a información confidencial con el propósito de la evaluación y coordinación del tratamiento. Por ley, las normas de confidencialidad no se mantienen bajo las siguientes condiciones:

1. Si se denuncia o sospecha de abuso o negligencia de una persona menor, discapacitada o de edad avanzada, el proveedor está legalmente obligado a reportar preocupación al Departamento de Niños y Familias
2. Si, durante los servicios, el profesional recibe información de que la vida de alguien está en peligro, ese profesional tiene el deber legal de advertir a la persona amenazada.
3. Si el testimonio de la Compañía o del personal es citado por la Orden judicial, estamos obligados a producir registros o a comparecer en la corte para responder preguntas sobre el cliente.

Doy mi consentimiento para que el tratamiento se lleve a cabo en el(los) siguiente(s) lugar(es):

Oficina Escuela Hogar Telemedicina

- IV. ____ (inicial aquí) **Coordinación de la atención (Seleccione uno)**

Doy **mi consentimiento** para la coordinación de la atención con el médico de atención primaria cuando sea clínicamente apropiado. También autorizo al personal de Company, Inc. a publicar actualizaciones mensuales con respecto a los cambios de medicamentos al médico de atención primaria con el propósito de continuidad en la atención si corresponde. Doy mi consentimiento para la coordinación de la atención, que puede incluir compartir información verbalmente o por escrito a través de notas de psicoterapia relacionadas con el tratamiento de mi/mi hijo con todo el personal de la compañía y el personal del contrato cuando sea clínicamente apropiado.

No doy mi consentimiento para que CBHS coordine la atención con mi PCP, marcando esta casilla estoy rechazando el consentimiento

- V. ____ (inicial aquí) **Responsabilidad financiera**

Entiendo que debo revelar toda la cobertura del seguro. Si la falta de divulgación resulta en una reclamación denegada, seré financieramente responsable. Se me ha explicado información sobre esta página. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por las medidas que ya se han tomado. Una copia de este formulario será tan válida como el original por un período de un año a partir de la fecha de la firma.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



HIPAA RELEASE FORM

Yo: _____
doy permiso a “CARROUSEL THERAPY CENTER CORPORATION” y a todos los empleados para discutir y/o recibir información médica, incluyendo registros médicos sobre todos y cada uno de los aspectos de la atención medica previa del paciente por un médico, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla, o cualquier otro profesional médico. Esta versión es necesario para obtener información medica de acuerdo con la regla de privacidad detallada en HIPPA (La ‘Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico” de 19969).

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ___/___/_____

Seguro Social del Paciente: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Firma del Padre/Guardian: _____

Fecha: ___/___/_____

381.026 - Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Florida.

(1) TÍTULO CORTO. —Esta sección puede ser citada como la "Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Florida".

(2) DEFINICIONES.—Tal como se usa en esta sección y en la sección 381.0261, el término:

(a) "Departamento" significa el Departamento de Salud.

(b) "Centro de atención médica" significa un centro autorizado bajo el capítulo 395.

(c) "Proveedor de atención médica" significa un médico con licencia bajo el capítulo 458, un médico osteópata con licencia bajo el capítulo 459, un médico podiátrico con licencia bajo el capítulo 461 o una enfermera registrada de práctica avanzada registrada bajo s. 464.0123.

(d) "Proveedor de atención primaria" significa un proveedor de atención médica con licencia bajo el capítulo 458, capítulo 459 o capítulo 464 que brinda servicios médicos a pacientes que comúnmente se brindan sin remisión de otro proveedor de atención médica, incluida la medicina familiar y general, pediatría general y medicina interna general.

(e) "Proveedor responsable" significa un proveedor de atención médica que es el principal responsable de la atención al paciente en un centro de atención médica o en el consultorio de un proveedor.

(3) FINALIDAD. El propósito de esta sección es promover los intereses y el bienestar de los pacientes de los proveedores de atención médica y los centros de atención médica y promover una mejor comunicación entre el paciente y el proveedor de atención médica. Es la intención de la Legislatura que los proveedores de atención médica entiendan su responsabilidad de dar a sus pacientes una comprensión general de los procedimientos que se les realizarán y proporcionar información relacionada con su atención médica para que puedan tomar decisiones de manera informada después de considerar la información relacionada con su condición, las alternativas de tratamiento disponibles, y los riesgos y peligros sustanciales inherentes a los tratamientos. Es la intención de la Legislatura que los pacientes tengan una comprensión general de sus responsabilidades hacia los proveedores de atención médica y los centros de atención médica. La intención de la Legislatura es que la provisión de dicha información a un paciente elimine posibles malentendidos entre los pacientes y los proveedores de atención médica. Es una política pública del estado que los intereses de los pacientes sean reconocidos en la declaración de derechos y responsabilidades de un paciente y que un centro de atención médica o proveedor de atención médica no puede exigir que un paciente renuncie a sus derechos como condición de tratamiento. Esta sección no se utilizará para ningún propósito en ninguna acción civil o administrativa y no amplía ni limita ningún derecho o recurso provisto bajo cualquier otra ley.

(4) DERECHOS DE LOS PACIENTES. —Cada centro o proveedor de atención médica deberá observar las siguientes normas:

a) *Dignidad individual.* —

1. La dignidad individual del paciente debe ser respetada siempre y en todas las ocasiones.

2. Todo paciente que recibe servicios de atención médica conserva ciertos derechos a la privacidad, que deben respetarse independientemente de la situación económica del paciente o la fuente de pago de su atención. Los derechos del paciente a la privacidad deben respetarse en la medida en que sea compatible con la prestación de atención médica adecuada al paciente y con la administración eficiente del centro de atención médica o el consultorio del proveedor. Sin embargo, este apartado no excluye la discusión necesaria y discreta del caso de un paciente o el examen por parte del personal médico apropiado.

3. El paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a una pregunta o solicitud. Un centro de atención médica responderá de manera razonable a la solicitud del proveedor de atención médica de un paciente de servicios médicos para el paciente. El centro de atención médica también responderá de manera razonable a la solicitud del paciente de otros servicios prestados habitualmente por el centro de atención médica en la medida en que dichos servicios no requieran la aprobación del proveedor de atención médica del paciente o no sean inconsistentes con el tratamiento del paciente.

4. Un paciente en un centro de atención médica tiene derecho a retener y usar ropa o posesiones personales según lo permita el espacio, a menos que hacerlo infrinja el derecho de otro paciente o esté contraindicado médica o programáticamente por razones médicas, de seguridad o programáticas documentadas.

5. Un paciente que recibe atención en un centro de atención médica o en el consultorio de un proveedor tiene derecho a llevar a cualquier persona de su elección a las áreas accesibles para pacientes del centro de atención médica o en el consultorio del proveedor para acompañar al paciente mientras el paciente recibe tratamiento hospitalario o ambulatorio o consulta con su proveedor de atención médica, a menos que hacerlo ponga en riesgo la seguridad o la salud del paciente, otros pacientes o el personal de la instalación u oficina o no pueda ser razonablemente acomodado por la instalación o el proveedor.

b) *Información.* —

1. Un paciente tiene derecho a conocer el nombre, la función y las calificaciones de cada proveedor de atención médica que brinda servicios médicos al paciente. Un paciente puede solicitar dicha información a su proveedor responsable o al centro de atención médica en el que recibe servicios médicos.

2. Un paciente en un centro de atención médica tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles en el centro.

3. Un paciente tiene derecho a que su proveedor de atención médica le proporcione información sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico, a menos que sea médicamente desaconsejable o imposible dar esta información al paciente, en cuyo caso la información debe entregarse al tutor del paciente o a una persona designada como representante del paciente. Un paciente tiene derecho a rechazar esta información.

4. Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento basado en la información requerida por este párrafo, salvo que la ley disponga lo contrario. El proveedor responsable documentará cualquier rechazo de este tipo.

5. Un paciente en un centro de atención médica tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones de la instalación se aplican a la conducta del paciente.

6. Un paciente tiene derecho a expresar quejas a un proveedor de atención médica, un centro de atención médica o la agencia estatal de licencias correspondiente con respecto a presuntas violaciones de los derechos de los pacientes. Un paciente tiene derecho a conocer los procedimientos del proveedor de atención médica o del centro de atención médica para expresar una queja.

7. Un paciente en un centro de atención médica que no habla inglés tiene derecho a que se le proporcione un intérprete cuando reciba servicios médicos si el centro tiene una persona fácilmente disponible que pueda interpretar en nombre del paciente.

8. Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica respetará el derecho del paciente a la privacidad y debe abstenerse de hacer una consulta por escrito o hacer preguntas sobre la propiedad de un arma de fuego o municiones por parte del paciente o por un miembro de la familia del paciente, o la presencia de un arma de fuego en un hogar privado u otro domicilio del paciente o un miembro de la familia del paciente. A pesar de esta disposición, un proveedor de atención médica o un centro de atención médica que de buena fe crea que esta información es relevante para la atención médica o la seguridad del paciente, o la seguridad de otros, puede hacer una consulta verbal o escrita.

9. Un paciente puede negarse a responder o proporcionar cualquier información sobre la propiedad de un arma de fuego por parte del paciente o un miembro de la familia del paciente, o la presencia de un arma de fuego en el domicilio del paciente o un miembro de la familia del paciente. La decisión de un paciente de no responder a una pregunta relacionada con la presencia o propiedad de un arma de fuego no altera la ley existente con respecto a la autorización de un médico para elegir a sus pacientes.

10. Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica no puede discriminar a un paciente basándose únicamente en el ejercicio por parte del paciente del derecho constitucional a poseer y poseer armas de fuego o municiones.

11. Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica respetará el derecho legal del paciente a poseer o poseer un arma de fuego y debe abstenerse de acosar innecesariamente a un paciente sobre la posesión de armas de fuego durante un examen.

c) Información financiera y divulgación. —

1. Un paciente tiene derecho a que el proveedor responsable, su designado o un representante del centro de atención médica le proporcionen, previa solicitud, información completa y asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para la atención médica del paciente.

2. Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica deberá, previa solicitud, revelar a cada paciente que sea elegible para Medicare, antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica en el que el paciente recibe servicios médicos acepta la asignación bajo el reembolso de Medicare como pago completo por servicios médicos y tratamiento prestados en el consultorio o centro de atención médica del proveedor de atención médica.

3. Un proveedor de atención primaria puede publicar una lista de cargos por los servicios médicos que el proveedor ofrece a los pacientes. El cronograma debe incluir los precios cobrados a una persona sin seguro que paga por dichos servicios en efectivo, cheque, tarjeta de crédito o tarjeta de débito. El horario debe publicarse en un lugar visible en el área de recepción del consultorio del proveedor y debe incluir, pero no se limita a, los 50 servicios proporcionados con mayor frecuencia por el proveedor de atención primaria. La lista puede agrupar los servicios por tres niveles de precios, enumerando los servicios en cada nivel de precios. La publicación debe tener un tamaño de al menos 15 pies cuadrados. Un proveedor de atención primaria que publica y mantiene un programa de cargos por servicios médicos está exento de los requisitos de tarifa de licencia por un solo período de renovación de una licencia profesional bajo el capítulo 456 para ese período de licencia y está exento de los requisitos de educación continua del capítulo 456 y las reglas que implementan esos requisitos por un solo período de 2 años.

4. Si un proveedor de atención primaria publica un programa de cargos de conformidad con el subpárrafo 3., él o ella debe publicarlo continuamente siempre durante la duración de la licencia activa en este estado cuando se brindan servicios de atención primaria a los pacientes. Si un proveedor de atención primaria no publica la lista de cargos de acuerdo con este subpárrafo, se le exigirá que pague cualquier tarifa de licencia y cumpla con los requisitos de educación continua para los cuales se recibió una exención.

5. Un proveedor de atención médica o un centro de atención médica deberá, previa solicitud, proporcionar a una persona, antes de la prestación de servicios médicos, una estimación razonable de los cargos por tales servicios. El proveedor de atención médica o el centro de atención médica proporcionará a una persona sin seguro, antes de la prestación de un servicio médico planificado que no sea de emergencia, una estimación razonable de los cargos por dicho servicio e información sobre las pólizas de descuento o de caridad del proveedor o centro para las cuales la persona no asegurada puede ser elegible. Tales estimaciones de un proveedor de atención primaria deben ser consistentes con el cronograma publicado bajo el subpárrafo 3. Las estimaciones se redactarán, en la medida de lo posible, en un lenguaje comprensible para un lego ordinario. Dicha estimación razonable no impide que el proveedor de atención médica o el centro de atención médica excedan la estimación o hagan cargos adicionales basados en cambios en la condición del paciente o las necesidades de tratamiento.

6. Cada instalación autorizada, excepto una instalación que opere exclusivamente como una instalación estatal, pondrá a disposición del público en su sitio web o por otros medios electrónicos una descripción y un hipervínculo a la información de salud que difunde la agencia de conformidad con la sección 408.05 (3). La instalación colocará un aviso en el área de recepción de que dicha información está disponible electrónicamente y la dirección del sitio web. La instalación autorizada puede indicar que la información de precios se basa en una compilación de cargos para el paciente promedio y que la declaración o factura de cada paciente puede variar del promedio dependiendo de la gravedad de la enfermedad y los recursos individuales consumidos. La instalación autorizada también puede indicar que el precio del servicio es negociable para los pacientes elegibles en función de la capacidad de pago del paciente.

7. Un paciente tiene derecho a recibir una copia de un estado de cuenta o factura detallada previa solicitud. Un paciente tiene derecho a que se le expliquen los cargos a pedido.

d) *Acceso a la atención médica.* —

1. Un paciente tiene derecho a un acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.

2. Un paciente tiene derecho al tratamiento para cualquier condición médica de emergencia que se deteriore por no proporcionar dicho tratamiento.

3. Un paciente tiene derecho a acceder a cualquier modo de tratamiento que, a su propio juicio y el juicio de su profesional de la salud, sea en el mejor interés del paciente, incluidos los tratamientos de atención médica complementarios o alternativos, de conformidad con las disposiciones de la sección 456.41.

e) *Investigación experimental.* —Además de las disposiciones del s. 766.103, un paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico tiene fines de investigación experimental y a dar su consentimiento antes de participar en dicha investigación experimental. Para cualquier paciente, independientemente de su capacidad de pago o fuente de pago por su atención, la participación debe ser un asunto voluntario; y un paciente tiene derecho a negarse a participar. El consentimiento o rechazo del paciente debe documentarse en el registro de atención del paciente.

f) *Conocimiento del paciente de los derechos y responsabilidades.* Al recibir atención médica, los pacientes tienen derecho a saber cuáles son sus derechos y responsabilidades.

(5) **RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES.** Cada paciente de un proveedor de atención médica o centro de atención médica respetará el derecho del proveedor de atención médica y del centro de atención médica a esperar un comportamiento por parte de los pacientes que, considerando la naturaleza de su enfermedad, sea razonable y responsable. Cada paciente deberá observar las responsabilidades descritas en el siguiente resumen.

(6) **RESUMEN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.** Cualquier proveedor de atención médica que trate a un paciente en una oficina o cualquier centro de atención médica con licencia bajo el capítulo 395 que brinde servicios de emergencia y atención o servicios ambulatorios y atención a un paciente, o admita y trate a un paciente, deberá adoptar y poner a disposición del paciente, por escrito, una declaración de los derechos y responsabilidades de los pacientes, incluyendo lo siguiente:

RESUMEN DE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE FLORIDA

La ley de Florida requiere que su proveedor de atención médica o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que respete el derecho del proveedor de atención médica o del centro de atención médica a esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de atención médica o centro de atención médica. A continuación se presenta un resumen de sus derechos y responsabilidades:

Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio de su dignidad individual y con protección de su necesidad de privacidad.

Un paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.

Un paciente tiene derecho a saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.

Un paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si él o ella no habla inglés.

Un paciente tiene derecho a llevar a cualquier persona de su elección a las áreas accesibles para pacientes del centro de atención médica o al consultorio del proveedor para acompañar al paciente mientras el paciente recibe tratamiento hospitalario o ambulatorio o consulta con su proveedor de atención médica, a menos que hacerlo ponga en riesgo la seguridad o la salud del paciente. Otros pacientes, o personal de la instalación u oficina o no pueden ser acomodados razonablemente por la instalación o proveedor.

Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.

El proveedor de atención médica le da al paciente información sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.

Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.

Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, información completa y asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.

Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica acepta la tarifa de asignación de Medicare.

Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por atención médica.

Un paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y, previa solicitud, a que se expliquen los cargos.

Un paciente tiene derecho a un acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad o fuente de pago.

Un paciente tiene derecho al tratamiento para cualquier condición médica de emergencia que se deteriorará por no proporcionar tratamiento.

El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico tiene fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.

Un paciente tiene derecho a expresar quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, como se establece en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica que lo atendió y a la agencia de licencias estatal correspondiente.

Un paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

Un paciente es responsable de informar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él o ella.

Un paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de asistir a las citas y, cuando no puede hacerlo por cualquier motivo, de notificar al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.

Un paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.

Un paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.

Un paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afectan la atención y la conducta del paciente.

"Por la presente reconozco que leo y entiendo "La Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente".

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma: _____ . Fecha: _____

Historia. —p. 1, cap. 91-127; pág. 65, cap. 92-289; págs. 656, cap. 95 a 148; págs. 21, cap. 98-89; págs. 178, cap. 98-166; págs. 64, cap. 99-397; pág. 7, cap. 2001-53; pág. 2, cap. 2001-116; pág. 3, cap. 2004-297; pág. 12, cap. 2006-261; pág. 3, cap. 2008-47; p. 2, cap. 2011-112; p. 1, cap. 2011-122; p. 48, cap. 2012-5; p. 11, Ch. 2016-234; p. 1, cap. 2017-152; pág. 15, cap. 2020-9.

COVID 19 CUESTIONARIO

Debido a la propagación del COVID-19 en todo el mundo y en el país, es necesario tener mayor cuidado para prevenir la infección. Por esa razón, le pedimos la cooperación para responder las siguientes preguntas. Agradecemos su comprensión y cooperación.

1. ¿Tiene fiebre mayor a 37.5 grados o la ha tenido en los últimos 14 días?
SI NO
2. ¿Siente o ha sentido apatía inusual o tiene o ha tenido dificultad respiratoria en los últimos 14 días?
SI NO
3. ¿Tiene o ha tenido síntomas similares a una gripe (tos seca, estornudos, dolor de garganta, dolor en las articulaciones, pérdida del sentido del gusto u olfato, etc.) en los últimos 14 días?
SI NO
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con los síntomas anteriormente descrito en los últimos 14 días?
SI NO
5. ¿Ha estado en el extranjero o en contacto con alguna persona que haya estado en el extranjero en los últimos 14 días?
SI NO
6. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19?
SI NO
7. ¿Ha pasado por pruebas de descarte del COVID-19? En caso haya respondido SI, indicar el resultado.
SI NO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **FECHA:** _____

Cliente Id# _____

Fecha: _____

	SI	NO
En los últimos 30 días, ¿usted o su hijo tuvo problemas para dormir o sentirse triste?		
¿Toma actualmente usted o su hijo medicamentos para la salud mental según lo prescrito por su doctor?	SI	NO
En los últimos 30 días, ¿usted o su hijo se metió en problemas con la ley?	SI	NO
En los últimos 30 días, ¿usted o su hijo tuvo problemas para llevarse bien con otras personas incluyendo familia y personas fuera de casa?	SI	NO
En los últimos 30 días, ¿usted o su hijo tuvo problemas con los miedos y la ansiedad?	SI	NO
En los últimos 30 días, ha consumido alcohol o drogas. ¿Le causó problemas a usted o a su hijo?	SI	NO
En los últimos 30 días, ¿ha participado usted o su hijo activamente en actividades agradables con familiares o amigos (por ejemplo, recreación, pasatiempos, ocio)?	SI	NO
¿Se siente usted o su hijo optimista sobre el futuro?	SI	NO
Limitaciones y problemas (por ejemplo, higiene personal, nutrición, cuidado físico, administración de medicamentos y administración de dinero)	SI	NO
Solo para adultos: ¿Trabaja actualmente o asiste a la escuela?	SI	NO
Solo para adultos: En los últimos 30 días, ¿ha estado en riesgo de perder su situación de vida?	SI	NO
Solo niños: En los últimos 30 días, ¿su hijo tuvo problemas para seguir las reglas en el hogar o en la escuela?	SI	NO
Solo niños: En los últimos 30 días, ¿su hijo ha sido puesto bajo custodia estatal (justicia penal del DCF)?	SI	NO

Indicadores de riesgo:

Abuso de sustancias	Provocación de incendio
Cuidar a un familiar enfermo	Comportamiento impulsivo
Auto mutilación / corte	Comportamiento agresivo
Hospitalización psiquiátrica previa	Suicidio
Comportamiento sexualmente ofensivo	
Hacer frente a una pérdida significativa (trabajo, relación, finanzas)	
Violencia familiar actual (abuso, doméstica)	

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) -- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario -- muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

COMPORTAMIENTO SUICIDA

(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes: debe preguntar sobre todos los tipos)

Desde la
última visita

Intento real:

Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir *como resultado del mismo*. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay *cualquier* intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. **No es necesario que haya alguna herida o daño**, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento.

Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.

¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?

¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso?

¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?

¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____?

¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____?

¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____?

¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida)

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

Nº total de
intentos

Sí No

¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?

Sí No

¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?

Intento interrumpido:

Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (*si no fuera por eso, el intento habría ocurrido*).

Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.

¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?

Si la respuesta es "sí", describe:

Nº total de
intentos
interrumpidos

Sí No

Intento abortado:

Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.

¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?

Si la respuesta es "sí", describe:

Nº total de
intentos
abortados

Sí No

Actos o comportamiento preparatorios:

Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).

¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?

Si la respuesta es "sí", describe:

Sí No

Suicidio consumado:

Fecha del intento más letal: _____

Grado de letalidad y lesiones:

0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).
1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).
2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante).
3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización *médica* y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).
4. Daño físico grave: necesita hospitalización *médica* con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).
5. Muerte

Ingrese código

Ingrese código

Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0

Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).

0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones

1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte

2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible

IDEACIÓN SUICIDA

Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.

Desde la
última
visita

1. Deseos de morir

El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.

¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a?

¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar?

¿Desearías dejar de vivir?

Sí No

Si la respuesta es "sí", describe:

2. Pensamientos suicidas activos no específicos

Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/ suicidarse (p. ej., "He pensado en matarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.

¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir?

¿Has pensado en matarte?

Sí No

Si la respuesta es "sí", describe:

3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar

El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".

¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte)? ¿En qué pensaste?

Sí No

Si la respuesta es "sí", describe:

4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico

El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".

Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer?

Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.

Sí No

Si la respuesta es "sí", describe:

5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención

Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.

¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías?

¿Cuál era tu plan?

Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente?

Sí No

Si la respuesta es "sí", describe: _____

INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN

La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio).

Ideación más seria:

Tipo n° (1-5)

Descripción de la ideación

Frecuencia

¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?

(1) Sólo una vez

(2) Unas pocas veces

(3) Muchas

(4) Todo el tiempo

(0) No sabe/No corresponde

CARROUSEL THERAPY CENTER CORPORATION

1906 N JOHN YOUNG PKWY

KISSIMMEE, FL 34741

TEL: (407) 910-2941 Fax: (888) 477-7678