

LIFESTREAM BEHAVIORAL CENTER

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Consumidor tipo: ☐ Establecido ☐ Nueva ☐ No admitir		Fecha:		Preferred Idioma:	
Nombre: Último, primero medio					
ALIAS:					
Fecha de nacimiento		SEGURIDAD SOCIAL #		Cliente ID #	
SEXO ☐ M ☐ F	CARRERA ☐ Indio americano o de Alaska ☐ Asia ☐ Negro ☐ Hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Racial y otras ☐ UNK ☐ Blanco	ORIGEN ÉTNICO ☐ Cubano ☐ Haití ☐ Mexicana ☐ Mexicano americano ☐ Ninguna de las anteriores ☐ Otros hispanos ☐ Puerto Rico ☐ Español/Latino	ESTADO CIVIL ☐ Se divorciaron ☐ Separado legalmente ☐ Se casó con ☐ Pareja de hecho registrada ☐ Separados ☐ Solo ☐ No declarada ☐ Viudo / a		
SITUACIÓN EN EL EMPLEO ☐ Militares activos, en el extranjero ☐ Militares activos, Estados Unidos ☐ Con discapacidad ☐ Empleado en empresa familiar		☐ Tiempo completo ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Ama de casa ☐ Preso, criminal	☐ Interno, otros ☐ Permiso de ausencia ☐ No autorizado para trabajar ☐ Tiempo parcial	☐ Estudiante de tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Autónomos ☐ Terminado/desempleados ☐ Desconocido	
TIPO DE ADMISIÓN Voluntario competente Voluntario incompetente Competente de involuntario Involuntario de incompetente		FECHA DE ADMISIÓN DE LA AGENCIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE ASIGNADO	
PERSONAS SIN HOGAR ☐ Sí ☐ No	ACTUAL DIRECCIÓN POSTAL CÓDIGO CIUDAD ESTADO CONDADO				
TELÉFONO DE LA CASA #	TELÉFONO DEL TRABAJO #	TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO *		
Dirección permanente ☐ Igual a la corriente ☐ Ninguno ☐ Otros como se indica a continuación Permanente Dirección Ciudad Estado Código postal					
Dirección de correo ☐ Igual a la corriente ☐ Ninguno ☐ Otros como se indica a continuación Correo Dirección Ciudad Estado Código postal					
PROVEEDOR de cuidado primario (que ¿usted van a cuando usted tiene un resfriado o la gripe?) Nombre: Dirección: Teléfono:					
DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN ☐ Contacto de emergencia de los miembros de la familia, inc ☐ Notificación de PCP ☐ Fuente de referencia (s) ☐ Otras ____		CONSENTIMIENTOS FIRMARON: ☐ Acuerdo para el tratamiento ☐ Garante del consumidor ☐ * Correspondencia electrónica ☐ Derechos y responsabilidades		REFERIDO por: (dar nombre, Agencia y o circunstancia de la remisión)	
RENTA (retención y cantidad – debe presentarse totalmente en la fuente) Individuales: \$ ____ cónyuge: \$ ____ Estampillas \$ ____ SSI \$ ____ otros \$ ____ SSDI \$ ____ TANF \$ ____ manutención \$ ____ OSS \$ ____ Soc Sec \$ ____					
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	Mensual \$	\$ Anual	# en casa		

-Por favor continúe en la espalda -

CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO
Solo Para Uso Profesional

LifeStream Behavioral Center

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Nombre medio primera pasada
Si se cambia el nombre, por favor complete la siguiente información: Presentó la oportunidad de actualizar el registro de votantes? ☐ Si ☐ No ☐ Proporcionan ☐ Disminuido (sin interés) ☐ Ya registrado para votar

OCUPACIÓN	Si es menor, nombre de padre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO		
OCUPACIÓN CÓNYUGE	Si es menor, nombre de la madre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO		
PARTE RESPONSABLE	MEDICARE #	MEDICAID #	POLÍTICA #		
COBERTURA: Nombre de grupo o nombre Individual de política titular fecha de nacimiento					
BENEFICIOS de Farmacia: Número de cuenta empresa nombre Plan de nombre					
CONTACTOS:					
NOMBRE	RELACIÓN	PARTE RESPONSABLE	GARANTE	CONTACTO DE EMERGENCIA	GUARDA

**** Comprobante de ingresos Debe ser verificado anualmente** con el fin de calificar para asistencia financiera.

Por favor firme y feche para atestiguar que toda la información proporcionada es verdadera y exacta.

Nombre de los consumidores (por favor imprima)

Firma del consumidor o consumidor representante

fecha

En orden para nosotros para ayudarle con sus necesidades de prescripción actual, se ha convertido en necesario pedir que cumplan con lo siguiente referente a tus recargas.

En el momento de cada cita con nosotros, por favor traigan todas las botellas de medicamento o una lista completa (incluyendo información de dosificación y cantidad) de todos los medicamentos que toma. Sobre todo necesitamos saber acerca de todos medicamentos que está tomando (vitaminas, suplementos de hierbas, etc.). Utilizamos esta información para asegurarse de que nuestros registros reflejan su información actual de la medicina, que nos ayudarán en la vigilancia de su salud. Se le pedirá firmar un permiso para nosotros entrar en contacto con su PCP.

Trate de anticipar Cuándo se necesita una nueva receta para rellenar sus medicamentos y pedir las recetas a la hora de su próxima visita. Esto deberá ayudar prevenga el funcionamiento de su medicación. Sin embargo, si ejecuta hacia fuera, por favor siga estas instrucciones:

Llame a su farmacia para ver si usted tiene cualquier recargas restantes de los medicamentos en cuestión. Repuesios de la prescripción no se autorizará si no cumple con las necesarias citas de seguimiento con su médico. En tales casos, será necesario consulte a su médico sobre la próxima apertura disponible que tiene el médico.

Solamente bajo circunstancias atenuantes se llamará su receta una farmacia local. Por favor espere 72 horas (2-3 días hábiles - lunes a viernes) desde el momento de solicitar una nueva receta al tiempo que su prescripción o anulación en la prescripción, ser llamado en. Las recetas no se llamará para farmacias de larga distancia o pedido por correo. Compruebe con su farmacia para verificar si su receta está lista - no el doctor.

Póngase en contacto con esta oficina si usted siente que hay un efecto secundario de la medicación, ha habido un cambio en la dosificación o si tiene preguntas sobre su medicación.

Hacemos fax o mail recetas para planes de prescripción fuera del estado, farmacias, o en su casa. Estaremos encantados de proporcionar prescripciones escritas para usted por correo o fax. Espere 7 días todas las prescripciones escritas.

Prescripciones que requieren preauthorizations pueden requieren una visita al consultorio para documentar la necesidad continua de ese medicamento específico o posiblemente cambiar de medicamento que está en su plan de medicamentos recetados.

Al firmar este formulario, usted afirma que usted acepta y entiende lo anterior.

del consumidor

Fecha de firma

Testigo

**AVISO CONJUNTO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003-revisado: 14 de junio de 2013

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con el oficial de privacidad.

QUE SEGUIRÁ ESTE AVISO

Prácticas de LifeStream Behavioral Center, Inc. ("LifeStream") son seguidas por:

- ♦ Los miembros del personal médico de LifeStream.
- ♦ Cualquier profesional sanitario autorizado para entrar información en su expediente médico.
- ♦ Cualquier miembro de un grupo de voluntarios nos permiten ayudarlo mientras usted recibe servicios de LifeStream.
- ♦ Todos los empleados, personal y otro personal de LifeStream y consultores y contratistas.

Nuestras responsabilidades

LifeStream es necesaria para:

- ♦ Mantener la privacidad de su información de salud
- ♦ Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted
- ♦ Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.
- ♦ Le notifique si somos incapaces de acordar una modificación/restricción solicitada
- ♦ Acomodar las peticiones razonables que usted tenga que comunicar información médica por medios alternativos o en lugares alternativos

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos protegida información médica que mantenemos en el tiempo. Deberían cambiar nuestras prácticas de información, publicaremos nuestro nuevo aviso en las áreas de recepción de cada una de nuestras instalaciones. También mantenemos un sitio web que proporciona información acerca de nuestro cliente servicios o beneficios y a publicar nuestro nuevo aviso en este sitio Web ubicado en www.lsbcc.net.

No usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

Entendiendo su registro/información de salud

Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se realizó un registro de su visita. Este documento contiene información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificar y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y te identifica, o hay una base razonable para creer que la información que puede identificarle. Por ejemplo, esta información, referida a menudo como su salud o historial médico, sirve como:

- ♦ Base para la planificación de su cuidado y tratamiento
- ♦ Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que participan en su cuidado
- ♦ Medio por el cual usted o un tercero pagador puede comprobar que efectivamente se prestaron servicios facturados.

Su expediente médico contiene información de salud protegida. Estado y la Ley Federal protege esta información. Comprender que esperamos usar y compartir a que su información de salud le ayuda:

- ♦ Asegúrese de que esté correcto,
- ♦ Entender mejor quién, qué, Cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud, y
- ♦ Tomar decisiones más informadas al autorizar compartir con los demás

Sus derechos de información de salud

Bajo las reglas de privacidad Federal, 45 CFR parte 164, usted tiene el derecho de:

Solicitar una restricción sobre ciertos usos y compartir su información pero no estamos obligados a aceptar tal solicitud. Esto significa que usted puede pedirnos no para usar o compartir cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operación profesional de la salud. Usted también puede pedir que esta información no será revelada a miembros de la familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

- Solicitud que nosotros enviaremos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en lugares alternativos pero debe especificar cómo o dónde desea ser contactado por escrito.
- Obtener una copia impresa del aviso de prácticas de información bajo petición. Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha proporcionado una copia electrónica. Usted puede imprimir una copia de este aviso en nuestro sitio Web.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud mental con respecto a decisiones sobre su atención; sin embargo, notas de psicoterapia pueden no ser inspeccionadas y copiadas. Es posible que cobremos una tarifa por copiar, correo y suministros. En circunstancias limitadas, puede ser negada su petición; Usted puede solicitar la revisión de la denegación por otra salud mental profesional elegida por LifeStream. LifeStream cumplirá con el resultado de la revisión.
- Solicitud de que su salud registro que contiene información de salud protegida aclararse. Si crees que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta puede pedir añadir información aclaratoria. Usted puede pedir un formulario para tal fin y la forma requerirá cierta información específica. LifeStream no está obligado a aceptar la información que te propongas.
- Una contabilidad de accesos. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud mental que se han hecho a personas o entidades que para el tratamiento u operaciones de cuidado de salud en los últimos seis 6 años, pero no antes de 14 de abril de 2003.
- Recuperar su autorización para utilizar o compartir información de salud excepto en la medida en que ya se han tomado medidas

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud

Usaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: información obtenida por un médico, terapeuta u otro miembro de su equipo de atención médica será registrado en su expediente y determinar el curso del tratamiento que debe trabajar mejor para usted. Por ejemplo, si usted está viendo un médico (psiquiatra) y psicoterapeuta, puede compartir información en el proceso de coordinar su atención médica. Otro ejemplo: nuestro médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrará las acciones que tomaron y sus observaciones.

También proveeremos tu médico o un proveedor de atención médica posterior copias de varios reportes que deberían ayudar a él o ella en tratamiento.

Usaremos su información médica para pago.

Por ejemplo: un proyecto de ley puede ser enviado a usted o con su consentimiento a un tercero pagador. La información sobre o que acompaña la factura puede incluir información que identifica, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Usted tiene el derecho a restringir ciertas divulgaciones de PHI para las compañías de seguros y planes de salud si usted paga de su bolsillo en total para el servicio de atención médica.

Usaremos su información médica para operaciones regulares.

Por ejemplo: el personal puede mirar su expediente al revisar la calidad de los servicios fueron prestados. Los miembros del equipo de mejora de gestión o calidad de riesgo pueden usar información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención médica y servicio que brindamos. Podemos usar y divulgar su información médica para contactarle como recordatorio que usted tiene una cita.

Podemos usar y revelar información médica para informarle sobre o recomendar tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés protegida.

Asociados: Hay algunos servicios en nuestra organización a través de contratos con asociados de negocios. Algunos ejemplos son los contratos de servicios de transcripción, capacitación y otros servicios educativos y servicios de recolección. Información se pondrá a disposición en una base de necesidad de saber de estas actividades relacionadas con el cumplimiento de las agencias reguladoras. Siempre un arreglo entre el LifeStream y un asociado de negocio implica el uso o compartir su información protegida de salud, vamos a tener un contrato escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información protegida de salud.

Calificado servicio organización (QSO): Si usted está recibiendo servicios de abuso de alcohol o drogas de LifeStream, información que le identifica como una persona que busca ayuda por un problema de abuso de sustancias está protegida bajo un conjunto separado de normas federales conocido como "Confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo Records", 42 C.F.R. parte 2. Para facilitar la comunicación con otras organizaciones que proporcionan servicios tales como asesoramiento jurídico, análisis de laboratorio o profesionales servicios a nuestra organización y los consumidores, esta regulación nos permite establecer un acuerdo de confidencialidad, conocido como un acuerdo de organización de servicio calificada (QSOA).

Bajo un LifeStream QSOA permite compartir, sin su consentimiento, información sobre el tratamiento de abuso de sustancias que usted recibe con la otra organización que firma el QSOA. Sin embargo, el QSOA requiere que la otra organización acatar estos mismos reglamentos federales de confidencialidad con el fin de mantener la confidencialidad de información sobre su problema de abuso de sustancias y el cuidado que reciben. Esto significa que la organización debe manejar y almacenar su información en una forma que mantiene su confidencialidad. La organización no puede liberar su información confidencial a nadie excepto volver a LifeStream. Además, debe resistir en todo judiciales, cualquier intento de acceder a su información protegida.

Bajo ninguna circunstancia puede LifeStream establecer una QSOA con otra organización proporcionando abuso servicios similares a los nuestros propios o con agencias del orden público. Sólo pueden dar permiso a LifeStream antes de que podamos compartir información confidencial sobre el tratamiento de su problema de abuso de sustancias con este tipo de organizaciones.

Usos y el intercambio de información específicamente autorizado por usted:

Otros usos y compartir su información protegida de salud se harán sólo con su autorización por escrito, a menos que otra manera permitido o requerido por la ley como se describe a continuación.

Comercialización y recaudación de fondos:

Solo podemos utilizar o compartir su información médica con respecto a la comercialización o recaudación de fondos. Podemos divulgar información médica a nuestra Fundación por lo que puede contactar en recaudar dinero. Sólo quisiera liberar información de contacto tales como: su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas que usted recibió tratamiento o servicios. Si no desea que la Fundación para comunicarnos con usted acerca de los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificar a la oficial de privacidad por escrito para darse de baja. Más usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI) a la comercialización y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización

Otros involucrados en su atención médica:

Con su consentimiento, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que se identifica, su información de salud protegida que relaciona directamente la participación de esa persona en el cuidado de su salud. Si usted no da su consentimiento para tal divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario Si determinamos que es en su mejor interés basados en nuestro juicio profesional. Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que es responsable para el cuidado de su ubicación, condición general o muerte protegida.

Usos y divulgaciones que podemos hacer a menos que usted se oponga:

Emergencias:

Podemos utilizar o compartir su información protegida de salud en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, tratamos de obtener su consentimiento tan pronto como razonablemente sea posible. Por último, podemos utilizar o compartir su información protegida de salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de alivio de desastre y para coordinar usos y divulgación a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

Otra permite y requiere usos y compartir puede hacerse sin su consentimiento, autorización u oportunidad a objeto. (Con excepción de lo prohibido por 42 CFR parte 2, confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros)

Podemos usar y compartir su información de salud protegida conforme a los requisitos de ley, incluyendo los siguientes casos:

Salud pública:

Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a estatal y salud federal pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad. Podemos compartir su información de salud

protegida, si autorizado por ley, a una persona que han estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de obtener o difundir la enfermedad o condición. Saldrá la información para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Cualquier divulgación, sin embargo, sólo sería una persona autorizada a recibir esa información conforme a ley.

Food and Drug Administration (FDA):

Podemos divulgar la información de salud por la FDA en relación a eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos productos y defectos en el producto, o post comercialización información de vigilancia para activar producto recuerda, reparaciones o reemplazos.

Abuso, negligencia, explotación:

Podemos divulgar su información protegida de salud pertinente si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia, explotación o violencia domestica a la agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información.

Supervisión de salud:

Podemos compartir su información protegida de salud a agencias de supervisión de salud tales como los departamentos federales y estatales de salud y servicios humanos, Medicare/Medicaid por pares de las organizaciones y los consejos de defensa de Florida para las actividades tales como auditorías, investigaciones y las inspecciones, cumplimiento de las leyes de derechos civiles y denuncias de LifeStream.

Investigación:

Podemos divulgar su información protegida de salud a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada y el uso o acceso a su información protegida de la salud ha determinado que sea necesario por una Junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información protegida de salud.

Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos

Podemos revelar información protegida de salud a un médico forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinación de causa de muerte o por el médico forense o examinador médico para llevar a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar información de salud protegida correspondiente a un director de funeral, como autorizado por la ley para permitir que el director del funeral para llevar a cabo sus funciones. Podemos divulgar dicha información en anticipación razonable de la muerte. Información protegida de salud puede utilizarse y divulgarse para fines de donación órganos, ojos o tejido cadavéricos.

Procedimientos de aplicación Legal Ley

Podemos divulgar registros de salud mental para los propósitos de aplicación de la ley como requerido por ley o en respuesta a una citación válida, petición de descubrimiento u otro proceso legal. Estos efectos de aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y de lo contrario requieren por la ley; (2) solicitudes de información limitada para propósitos de identificación y localización; (3) pertenecientes a las víctimas de un delito; (4) sospecha que la muerte ha ocurrido como resultado de conducta criminal; (5) en caso de que un crimen se produce en las instalaciones del LifeStream, incluyendo sus instalaciones; (6) emergencia médica y es probable que un crimen ha ocurrido; y (7) si se declara la intención de dañar a otros, información suficiente para proporcionar adecuada atención a la persona amenazada con daño puede ser lanzada. También podemos divulgar información al gobierno por razones de inteligencia y seguridad nacional. Por ejemplo, durante una investigación de FBI podemos revelar información en respuesta a una citación legal o una orden del Tribunal.

Institución correccional

¿Debe un recluso de una institución correccional, podemos divulgar al Departamento de correcciones, protegida de la salud la información necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otras personas.

Compensación de trabajadores

Podemos divulgar información de salud protegida en la medida autorizada por y en la medida necesaria cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Otros usos y divulgaciones no descritas en los avisos de privacidad se hará sólo con autorización de usted.

ALCOHOL y drogas abuso al consumidor información

Si usted está recibiendo servicios de abuso de alcohol o drogas de LifeStream, información que le identifica a usted como una persona que busca ayuda para un problema de abuso de sustancias está protegido bajo un conjunto separado de normas federales conocido como "Confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo Records", 42 C.F.R. parte 2. Bajo ciertas circunstancias estas regulaciones proporcionará su información de salud protegida con protecciones de privacidad adicionales más allá de los que ya se han descrito.

Por ejemplo, en general, cualquier información que le identifica como un problema de abuso de sustancias no puede compartirse fuera de LifeStream sin su consentimiento expreso y por escrito para hacerlo. Excepciones a esta regla incluyen órdenes judiciales para revelar su información protegida de la salud, la provisión de su información protegida de salud a personal médico en caso de emergencia, compartir información con investigaciones de personal cualificado y para auditorías o evaluaciones de programa. Por ejemplo, antes de que la salud del abuso de sustancias relacionado con información puede ser divulgada a familia, amigos, policiales, judiciales y personal de correcciones, las autoridades de salud pública u otros proveedores de servicios médicos, estamos obligados a solicitar su autorización por escrito hacerlo.

42 C.F.R. parte 2, confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros, permite que un médico para cumplir con el estatuto de la Florida que requiere la notificación de sospecha de abuso o negligencia al Departamento de niños y servicios familiares. Sin embargo, antes la información específica referente a la atención que está recibiendo para su problema de abuso de sustancias puede ser liberado, se debe autorizar la liberación en la escritura. Las autoridades de abuso y negligencia de niño también pueden buscar una orden judicial para liberar la información sin su permiso por escrito.

En los casos en donde nos autoriza a que suelte su abuso relacionados con la información de salud, la autorización estará siempre acompañada por un aviso que prohíbe al individuo o agencia/organización recibiendo su información de salud de volver a publicarla si no permitido menores 42 C.F.R., confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros.

Aviso de la disponibilidad de las prácticas de privacidad:

Este aviso se publicará un lugar destacado en las áreas de recepción de cada una de nuestras instalaciones. Individuos se proporcionará una copia impresa y el aviso estará disponible en el sitio web de LifeStream en www.lsbcb.net.

Usted tiene el derecho a notificar a raíz de una violación de su información médica protegida.

Violación de la ley federal y regulaciones de un programa es un crimen. Sospechas de violación pueden presentarse a la Fiscalía de Estados Unidos en el distrito donde se produce la violación.

Para más información o para reportar un problema

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede contactar a campo de Tim, el oficial de privacidad en el p. o. Box 491000, Leesburg, Florida 34749-1000 (515 W. Main Street, Leesburg); teléfono: 352-315-7511.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la oficial de privacidad de LifeStream (arriba) o con la oficina de derechos civiles; U.S. Departamento de salud y servicios humanos; 200 independencia Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, DC 20201; o líneas directas de OCR-voz: 1-800-368-1019. No habrá represalias por presentar una queja.



AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ (DOB:), _____, al firmar este formulario de autorización, autorizan el uso y divulgación de mi información de salud de la manera descrita a continuación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de salud. He firmado este formulario voluntariamente con el fin de mis deseos sobre el uso y divulgación de la información de salud que se describe a continuación en la sección 1 del documento.

1. Descripción de información en salud autorizo para ser usada y revelada.
(Marque todos que sean apropiados).

- | | |
|--|---|
| ☐ Tratamiento de drogas y sustancia | ☐ Laboratorio o medica pruebas, inc. U/A |
| ☐ Reservas, detenciones, encarcelamientos | ☐ Tratamientos de ambulatorias |
| ☐ Diagnóstico | ☐ Servicios de tratamiento psiquiátricos |
| ☐ Descarga las recomendaciones | ☐ Servicios de rehabilitación |
| ☐ Resultados de la evaluación | ☐ Formación profesional o servicios |
| ☐ Tratamiento hospitalario | ☐ Registros educativos |
| | ☐ Otra _____ |

Entiendo que la información anterior he autorizado para ser utilizado y dis-cerrada puede contener información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental (excepto psicoterapia notas - se requiere una autorización separada), uso de sustancias trastornos a menos que lo contrario restringido por mí. Lista de cualquier restricciones: _____

2. LifeStream puede liberación y recibir información de la siguiente persona / Organización. (Lista de cualquier persona u organización con quien LifeStream puede comunicar)

(Propósito): _____

(Nombre): _____

(Dirección): _____

2a. LifeStream puede liberación y recibir información a través de una información de salud Intercambio (HIE) de la siguiente organización (Lista de la organización con quien LifeStream puede comunicarse a través de una encefalopatía hipóxico-isquémica)

(Propósito): continuidad de la atención

(Nombre): _____

(Portal): _____

Nota: La confidencialidad, HIPAA y 42 CFR, parte 2 requiere una 1 persona o Organización por la liberación.

3. información sobre la liberación de los registros médicos.

Entiendo que si las personas y organizaciones mencionadas no son prestadores de salud, planes de salud o centros sanitarios conforme a las normas federales de privacidad, la información revelada en virtud de esta autorización no puede ser protección de la privacidad federal normas y tal persona (s) y la organización volver a divulgar mi información de salud sin mi autorización, sujeto a las limitaciones impuestas por 42 CFR, parte 2 en cuanto a registros de trastornos de uso de sustancia. Por lo tanto, libero LifeStream Behavioral Center de toda responsabilidad derivada de esta mayor divulgación de mi información de salud. La carga para copiar registros médicos es el siguiente:

Paciente externo	Específico documentos	\$15.00
Paciente externo	Entero de grafico o admisiones	\$25.00
Pacientes interno/externo	Combinacion	\$30.00
Paciente interno	Uno admission	\$15.00
Paciente interno	Grafico o admisiones	\$25.00
Evaluación psiquiátrica	Sólo	\$ 3.00

4. Sus derechos con respecto a esta autorización.

Entiendo que bajo las disposiciones de confidencialidad de 394.4615 de estatuto de la Florida (2), 397.501(7) y regulación Federal 42 CFR parte 2, solamente la información especificada anteriormente puede revelarse a lo anterior el nombre (s) o capacitación. También entiendo según leyes estatales y federales que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo hago por escrito, excepto en la medida en que se han tomado medidas en dependencia de esta autorización. Para obtener una copia de un formulario de revocación de la autorización pueda contactar al oficial de privacidad. Sujeto a ciertas restricciones impuestas por leyes estatales y federales, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar información de salud u obtener copias de mi información de salud por ponerse en contacto con el oficial de privacidad. Entiendo que puedo solicitar un registro de la información a revelar si la divulgación de información está sujeto a requisitos de 42 CFR, parte 2 modificada y eficaz 21 de marzo de 2017. Entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, debo ser provisto una copia firmada de la misma.

5. Caducidad de la autorización.

Esta autorización vencerá 365 días desde la fecha de la firma o hasta la aparición del siguiente evento (s) relacionado con el propósito de esta autorización: _____

Firma del Individual _____

Firma del padre o Representante personal (donde se requiera) _____

Fecha de la firma _____

Descripción del Representante Personal del Autoridad _____

Testigo _____

Cliente ID del individuo _____

Información suministrada por: ☐ EL INDIVIDUO ☐ OTROS (especificar nombre y relación):					FECHA:	
Nombre (Apellido, nombre, inicial)					CID #: FECHA DE NACIMIENTO:	
¿Inmunización reciente? (Tétano, gripe, neumonía)						
¿Tiene alguna alergia? ☐ NO ☐ SI (En caso afirmativo, a qué sí y explicar a continuación la reacción):						
Conciliación de medicamentos – incluir recetas o muestras médicas, hierbas medicinales, vitaminas, nutraceuticos, medicamentos de venta libre, y vacunas recientes, inhaladores, anticonceptivos, suplementos que está tomando o ha tomado en el último año:						
DROGA	DOSIS	FRECUENCIA	MOTIVO	Marcar si actualmente está usando	√	ÚLTIMA DOSIS
¿Fuma usted cigarrillos? ☐ NO ☐ SI (en caso afirmativo, el clínico deberá completar el TIER de Valoración de Fumado)						
Mujeres solamente: ☐ Fecha de última menstruación _____ ☐ Menopausia ☐ Post menopausia						
¿PADECE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARCAR TODOS LOS PUNTOS QUE APLIQUEN):						
☐ Inseguridad al caminar/caídas ☐ Zumbido en los oídos ☐ Fracturas/luxaciones ☐ Problemas de espalda, cuello, artritis ☐ Problemas de corazón/ dolores de tórax ☐ Soplo cardíaco ☐ Hinchazón de tobillos/piernas ☐ Problemas de presión arterial (A/B) ☐ Enfermedad vascular periférica ☐ Dificultad al respirar / asma ☐ Bronquitis crónica/enfisema		☐ Problemas pulmonares ☐ Problemas al tragar ☐ Náuseas / vómitos ☐ Ganancia/pérdida de peso en últimos 6 meses ☐ Diabetes ☐ Problemas de la tiroides ☐ Problemas gastrointestinales ☐ Úlcera / Sangrado Rectal ☐ Problemas renales / urinarios ☐ Derrame cerebral/convulsiones graves ☐ Dolor de cabeza		☐ Mareos/desmayos/desvanecimiento ☐ Enfermedad mental ☐ Hepatitis/ictericia ☐ Mononucleosis ☐ Tuberculosis ☐ Enfermedad de transmisión sexual ☐ Cáncer ☐ Resfrío/dolor de garganta/Sinusitis ☐ Trastornos hemorrágicos / Anemia ☐ VIH / SIDA ☐ Otros. Especificar:		
EXPLICAR CUALQUIER PUNTO MARCADO:						
Anote todos los problemas médicos importantes ☐ No hay problemas médicos						
Fecha definida	Problema médico	Duración	Bajo cuidado médico	Médico	Medicamentos recetados	
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES						
Fecha	Duración de la estancia	Lugar o proveedor	Tipo de tratamiento	Resultado de los medicamentos		
¿HAY ANTECEDENTES DE ESTAS ENFERMEDADES EN SU MADRE O PADRE?						
☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Enfermedades cardíacas ☐ Hipertensión arterial ☐ Enfermedades hereditarias ☐ Cáncer						

-continúa -

NOMBRE DEL MÉDICO DE PRIMARIO:**FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN:**¿Podemos contactar a su médico para obtener más información acerca de su condición médica? ☐ SI ☐ NO**POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA:**¿Consumes alcohol? ☐ NO ☐ SI Tipo _____ cantidad/día _____ # de años _____ (fecha en que paró de beber) _____¿Drogas recreativas? ☐ NO ☐ SI Tipo _____ cantidad/día _____ # de años _____ (fecha en que paró de usar) _____

(Salvo medicamentos recetados)

EVALUACIÓN DEL DOLOR ¿Padece de algún dolor físico en la actualidad? ☐ SI ☐ NOEn caso afirmativo, califique el nivel de su dolor: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**Ubicación ☐ Cabeza ☐ Brazos ☐ Piernas ☐ Espalda ☐ Manos ☐ Pies ☐ Otra localización _____

a) ¿Desde hace cuánto tiene este dolor? _____

b) ¿Cómo ha manejado este dolor? _____

c) Comentarios _____

COMPORTAMIENTO DE ALTO RIESGO PARA VIH HEPATITIS C / TB:

- ☐ SI ☐ NO 1) ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre en los últimos diez años?
- ☐ SI ☐ NO 2) ¿Participa en el uso de drogas intravenosas?
- ☐ SI ☐ NO 3) ¿Ha participado en relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas en los últimos diez años?
- ☐ SI ☐ NO 4) ¿Alguna vez ha tenido herpes, hepatitis A/B o C, sífilis, gonorrea, clamidia, o úlceras genitales?
- ☐ SI ☐ NO 5) ¿Ha tenido alguna vez resultado positivo a la prueba de tuberculosis?
- ☐ SI ☐ NO 6) Respecto a las preguntas anteriores, ¿le interesaría asesoramiento?
- ☐ SI ☐ NO 7) Respecto a las preguntas anteriores, ¿está interesado en la prueba de VIH, Hepatitis C o TB?

RIESGOS LABORALES / TRABAJOS ANTERIORES:¿EXPOSICIÓN A PELIGROS? ☐ SI ☐ NO ☐ Desconocido En caso afirmativo, explique:

Visión: ☐ Normal ☐ Defectuosa ☐ Anteojos ☐ Lentes de contacto ☐ Glaucoma ☐ Cataratas ☐ Ceguera

☐ Ojo falso _____ Derecho _____ Izquierdo ☐ Fecha de último examen de la vista: _____

Audición: ☐ Normal ☐ Defectuosa ☐ Sordo _____ Derecho _____ Izquierdo ☐ Audífono ☐ Fecha última prueba de audición: _____

Dentadura: ☐ Intacta ☐ Astillada ☐ Floja ☐ Mal Estado ☐ Dientes Perdidos ☐ Retenedor ☐ Frenillos

☐ Calzaduras ☐ Puentes _____ extraíble _____ permanente ☐ Prótesis Dentales _____ Superior _____ Inferior

☐ Fecha del último examen: _____

¿USA ALGUNOS DE LAS SIGUIENTES DISPOSITIVOS PARA AYUDARSE EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?**(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):**☐ Bastón ☐ Muletas ☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Otros¿ESTÁ NECESITANDO DE ALGÚN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA? ☐ NO ☐ SI Especificar:

Soy consciente que mantener mi salud es importante, especialmente cuando se toman medicamentos. Por lo consiguiente estoy consciente de la necesidad de programar exámenes anuales físicos y de la vista. También es importante hacerse exámenes de rutina de laboratorio (CBC, perfil químico y análisis de orina); EEG (electrocardiograma) y perfil tiroideo cuando sea recomendado. Debido a que estoy bajo medicación me pedirán que me hagan pruebas de laboratorio para probar mi nivel de medicación, por ejemplo, el nivel de litio. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir a cabalidad con las recomendaciones anteriores.

FIRMA (persona / pareja): _____

Fecha: _____

ÚNICAMENTE PARA USO MÉDICO/CONSEJERO

- ☐ El individuo ha sido aconsejado continuar el seguimiento con su médico primario.
- ☐ Referido al médico de LifeStream para consulta psiquiátrica/médica. ☐ No se dan instrucciones de seguimiento.

Comentarios: _____

REVISADO por (Clínico / Consejero): _____

Fecha: _____

(NIVEL)

GEN:508:SPANISH:R:09/15

CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO**Sólo Para Uso Profesional**



CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del consumidor: _____ ID del cliente: _____

Yo, el abajo firmante, ____ consumidor, ____ guardián, ____ defensor del guardián, ____ sustituto para el cuidado de la salud, autorizo al personal profesional de esta institución para tratar abuso de sustancias y/o evaluación y tratamiento de salud mental.

Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados.

Entiendo que se me brindará mayor información antes de requerir mi consentimiento informado para la administración de medicamentos psicotrópicos.

Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en forma oral o escrita antes del, o durante, el período del tratamiento.

He recibido información detallada sobre el tratamiento propuesto, su finalidad, tratamientos alternos, duración aproximada del cuidado, e indicaciones y contraindicaciones del tratamiento.

He leído y se me ha explicado detalladamente esta información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el tratamiento.

Entiendo que mis registros son confidenciales, con algunas excepciones. LifeStream acuerda no divulgar ninguna información sobre usted, exceptuando a personal de LifeStream con base a la necesidad de conocer (supervisión clínica, personal de casos, consultas, traslados internos dentro de LifeStream), sin antes obtener su permiso por escrito. Las leyes federales y de la Florida protegen dicha información. Las violaciones a estos reglamentos pueden ser declaradas como un crimen. Sin embargo, existen momentos en que la ley también indica que la información puede ser compartida. Esto incluye casos en los que existen abusos físicos o sexuales, o negligencia a niños, personas mayores o discapacitadas; existe una amenaza o perpetración de un crimen en las instalaciones de LifeStream o a su personal; exista la emisión de un mandato judicial requiriendo a LifeStream para que libere información; exista conocimiento de una enfermedad contagiosa que pueda afectar a otros; y/o que el Estado requiera que reportemos datos del consumidor para estudios de seguimiento.

Consentimiento Informado para Mensajes Electrónicos ____ De acuerdo ____ En desacuerdo

Entiendo que debo proveer consentimiento por escrito reconociendo que el correo electrónico no es una forma segura de comunicación. Existen ciertos riesgos de que alguna información protegida de salud (PHI) que pudiera estar en tal correo electrónico pueda ser revelada o interceptada por terceros no autorizados. Entiendo que el personal de LifeStream usará una cantidad mínima de información protegida de salud para responder a consultas y que el inicio de intercambio por correo electrónico será por parte del consumidor y nunca por personal de LifeStream.

Por este medio ____ DOY ____ NO DOY autorización a LifeStream para que me contacte.

(Podríamos contactarlo para recordarle citas o para averiguar si está evolucionando bien durante su tratamiento o al concluirlo).

Por este medio ____ DOY ____ NO DOY autorización al Florida Department of Mental Health and Substance Abuse a contactarme para estudios de seguimiento.

Me pueden llamar al (____) ____-____ durante las siguientes horas _____

Firma del consumidor

Fecha: (mes/día/año)

Firma de un testigo para el consumidor

Fecha: (mes/día/año)

Firma del (ponga un círculo según corresponda) Padre/Guardián,
Defensor del Guardián, Sustituto para el cuidado de la salud

Fecha: (mes/día/año)



CONSUMER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES
Non-Hospital

Consumer: _____

CID #: _____

While receiving services from **LifeStream Behavioral Center**, you have the **right** to ...

1. An environment that preserves dignity and contributes to a positive self-image.
2. Be assigned a primary treatment staff member to provide services, make referrals, and coordinate treatment efforts.
3. Be served in the least restrictive treatment alternative available and consistent with your treatment needs.
4. Have all identifying and treatment information held in a confidential manner.
5. Know that information disclosed concerning abuse, neglect or exploitation of a child, disabled adult, or the elderly MUST be reported to the Department of Children and Families for possible investigation (under Florida State law).
6. Be involved in the development and review the clinical records compiled as a result of treatment.
7. Refuse care, treatment or services at any time (a Court Order may impact this decision).
8. Treatment free from mental, physical, sexual and verbal abuse, neglect and any form of exploitation, or any form of corporal punishment.
9. Review program specific procedures with your counselor.
10. To be informed (and when appropriate, family members and/or the referral source) about the outcomes of care, including unanticipated outcomes.
11. Access protective and advocacy services.
12. Pain management directly or through referral (Inpatient & Residential).
13. Exercise citizenship privileges if you are in an inpatient or residential program.

Grievance Procedure: If you believe that any of your rights, including your rights under Title VI of the Civil Rights Act of 1964 regarding discrimination based on your race, color, sex, national origin, handicap, age or religion have been abridged, you may file a Grievance to address your complaints. Grievance forms may be acquired from the Office Manager or the Center's Administrative Office at 515 W. Main Street in Leesburg. You also have the right to contact the Department of Children and Families' Abuse Registry at 1-800-96-ABUSE to record complaints.

-Continued on back-

CONSUMER RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Non-Hospital

Consumer: _____

Page 2 of 2

As a consumer of LifeStream you have the **responsibility** to ...

1. Provide accurate and complete information.
2. Schedule appointments during normal office hours from 9 a.m. to 5 p.m. Monday thru Friday or arrange evening hours with your counselor.
3. Meet financial commitments by:
 - a) providing annual proof of income to request a reduced fee for services,
 - b) paying the established fees for services rendered,
 - c) being financially responsible for missed appointments.
4. Ask questions when you do not understand your care or do not know what is expected of you.
5. Show respect and consideration towards staff and others receiving care. You may be held legally responsible for any verbal or physical abuse towards LifeStream staff or other consumers.
6. Follow rules and regulations set forth by program staff.
7. Attend medication appointments to obtain prescription refills.
8. Accept the consequences for outcomes if you do not follow treatment recommendations.

By signing this form, I am verifying that I have read and received a copy of my **Rights and Responsibilities** form.

Consumer Signature: _____

Date: _____

- COPY TO CHART -



COORDINACIÓN DE SERVICIOS / CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

CONSUMIDOR : _____ Fecha Nac.: _____ # ID Cliente: _____

Para:	Proveedor de cuidado primario / Nombre del centro:			
	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Teléfono:		Fax:	
El Consumidor, _____, actualmente está recibiendo servicios de LifeStream para:				
☐ Hospitalización Psiquiátrica		☐ Tratamiento de Salud Mental		☐ Servicios de Abuso de Sustancias
☐ Medicamentos proporcionados por LifeStream:				
☐ Diagnóstico:				

Yo, _____, por la presente autorizo al proveedor de salud arriba indicado para dar y recibir información de: LifeStream Behavioral Center
P. O. Box 491000
Leesburg, FL 34749-1000

Contacto en LifeStream: Registros Médicos Teléf.: (352) 315-7467 Fax: (352) 315-7892

Toda la información, parcial o total, que posean relativa a mis exámenes y enfermedades incluyendo información psiquiátrica o psicológica, que puede ser parte del expediente médico. Esto puede incluir información sobre abuso de sustancias y/o VIH.

Esta información es liberada o solicitada con el fin de obtener información médica para integrar la atención. Se agradece su colaboración en el envío de la siguiente información: **resultados de laboratorio, EEG, EKG, cualesquiera medicamentos y estado médico actual por los últimos doce 12 meses.**

Entiendo que, bajo las disposiciones de confidencialidad de la ley de Florida 394.495(9) y Federal Reglamento CRF 42, solamente la información especificada anteriormente puede intercambiarse y únicamente con la persona o agencia especificada arriba. También entiendo que, según la Ley Federal y Estatal, puedo revocar este intercambio de información en cualquier momento, con la condición que LifeStream Behavioral Center sea notificado por escrito para tal propósito, y que la revocación no tiene efecto sobre las medidas tomadas anteriormente. Además acepto que una fotocopia de este formulario será tan eficaz como el original.

Este intercambio de información confidencial automáticamente caducará doce 12 meses desde la fecha de firma o el

Fecha de vencimiento_____
Firma del consumidor o Guardián Legal_____
ID cliente_____
Testigo_____
Fecha de firma_____
Fecha de firma

LifeStream Behavioral Center es una organización sin fines de lucro que ofrece servicios de salud mental y abuso de sustancias. Como cortesía profesional, los registros médicos a otros proveedores de atención médica son proporcionados sin costo alguno. Solicitamos con agradecimiento que esta cortesía sea extendida por su instalación al proveer la información arriba solicitada.

ENCUESTA PARA

Nombre: _____ Cliente ID #: _____ Programa: _____

En LifeStream creemos que cada persona tiene las fortalezas y habilidades necesarias para resolver sus propios problemas o para recuperarse de las dificultades en sus vidas. Usted podría estar buscando recuperación de problemas de salud mental, abuso de sustancias, problemas de conducta u otros desafíos de la vida. Respondiendo a estas preguntas nos puedes entender sus necesidades y opciones y qué talentos y habilidades que puede usar para hacer los cambios que desee.

S

Todo el mundo tiene puntos fuertes como la paciencia, educación, fe, una buena casa u otras cosas que pueden utilizar para ayudarles a alcanzar sus metas. Algunas de mis fortalezas son:

N

La vida de nadie es perfecta y tengamos las necesidades que nos llevaron al LifeStream o que hacen nuestra vida más difícil o nos impiden alcanzar nuestras metas. I necesito:

A

Todos tenemos capacidades o habilidades especiales o talentos como escribir, artes, deportes o pasatiempos que somos buenos en hacerlo. Éstos pueden hacer nuestra vida mejor. Algunos de mis talentos o habilidades son: _____

P

Opciones o preferencias hace cambiar o alcanzar objetivos un poco más fáciles. Opciones podrían incluir cosas como cuando o donde tengo mis citas o si soy parte de un grupo o trabajar con un solo consejero. Mis opciones o preferencias son para: _____

¿ESTÁS
LISTO?

¿Qué listo soy para hacer cambios? Por favor, el círculo donde estás ahora:

No listo		Seguro		Listo		Ya tratando de			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gracias por ayudarnos a preparar para ayudarle!

Consumidor

Fecha

Personal de LSBC

Fecha



CUESTIONARIO AL CONSUMIDOR

Nombre: Apellido, nombre, inicial

CLIENTE ID #:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL #:

FECHA:

Instrucciones: Por favor marcar cualquier artículo que usted ha experimentado o está experimentando actualmente.

- ☐ Estrés conyugal
- ☐ Otros problemas familiares
- ☐ Otros problemas de relación
- ☐ Problemas en el trabajo/escuela
- ☐ Problemas de salud
- ☐ Problemas financieros
- ☐ Problemas legales
- ☐ Triste/deprimido
- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Dificultad para dormir
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Cambio rápido de estado de ánimo
- ☐ Problemas con el manejo de ira o ansia
- ☐ Sensación suicida
- ☐ Sentirse despreciable
- ☐ Distanciamiento hacia personas
- ☐ Falta de interés/gusto
- ☐ Demasiadas drogas

- ☐ Demasiado alcohol
- ☐ Problemas sexuales
- ☐ Menos energía de lo habitual
- ☐ Muy hablador
- ☐ Inquieto / no puede quedarse quieto
- ☐ Nervioso/tenso
- ☐ Pánico
- ☐ Temblor/voz quebrada
- ☐ Difícil confiar en alguien
- ☐ Problemas en controlar mis pensamientos
- ☐ Demasiada preocupación
- ☐ Demasiados temores
- ☐ Sentirse culpable
- ☐ Sensación de enojo / frustración
- ☐ Pesadillas
- ☐ Demasiado dolor
- ☐ Problemas de memoria
- ☐ Ver/oír cosas extrañas
- ☐ Sentir que los demás están contra mí
- ☐ Me siento observado/hablan de mí

Comentarios:

Nombre del Consumidor (usar letras de molde)

Firma del Consumidor