

ACUERDO PSICOTERAPEUTA- SERVICIO AL CLIENTE

Bienvenido a nuestra práctica privada. TMR, que significa Tratame Bien. Este documento contiene información importante sobre mis servicios profesionales y políticas comerciales. También contiene información resumida sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), una ley federal que proporciona protecciones de privacidad y derechos del paciente sobre el uso y la divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Aunque estos documentos son largos y a veces complejos, es muy importante que los entienda. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos discutir cualquier pregunta que tenga cuando los firme o en cualquier otro momento en el futuro.

SERVICIO DE PSICOTERAPIA

La terapia es una relación entre las personas que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidos que tiene cada persona. Como cliente en psicoterapia, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que es importante que usted entienda. También hay limitaciones legales a esos derechos que debe tener en cuenta. Yo, como su terapeuta, tengo las responsabilidades correspondientes para con usted. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

La psicoterapia tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentos con sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la psicoterapia tiene beneficios para las personas que la realizan. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y comprensión personal, mayores habilidades para manejar el estrés y la resolución de problemas específicos. Pero no hay garantías sobre lo que sucederá. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrá que trabajar en las cosas que discutimos fuera de las sesiones.

Las primeras 2-4 sesiones implicarán una evaluación integral de sus necesidades. Al final de la evaluación, su consejero, el psicoterapeuta o la enfermera psiquiátrica practicante podrán ofrecerle algunas impresiones iniciales de lo que nuestro trabajo podría incluir. En ese momento, discutiremos sus objetivos de tratamiento y crearemos un plan de tratamiento inicial. Usted debe evaluar esta información y hacer su propia evaluación sobre si se siente cómodo trabajando conmigo. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, debemos discutirlos siempre que surjan. Si sus dudas persisten, estaremos encantados de ayudarle a establecer una reunión con otro profesional de la salud mental para una segunda opinión.

CITAS

Las citas normalmente tendrán una duración de 45-60 minutos, una vez por semana a la hora que acordemos, aunque algunas sesiones pueden ser más o menos frecuentes según sea necesario. La hora programada para su cita es asignada para usted y sólo para usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que nos avise con 24 horas de anticipación. Si pierde dos sesiones consecutivas sin cancelar, o cancela con menos de 24 horas de anticipación, nuestra política es dar de alta a los jóvenes del programa [a menos que ambos acordemos que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control]. Si es posible, intentaremos encontrar otro momento para reprogramar la cita. Además, usted es responsable de llegar a su sesión a tiempo; si llega tarde, su cita aún deberá terminar a tiempo.

Reconozco que estos términos han sido revisados y acordados antes del inicio de la prestación del servicio. Acepto estos términos para mi hijo menor de edad si estoy firmando en nombre de un niño menor de edad.

POLÍTICAS DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVILEGIO

Para muchos, la decisión de ver a un terapeuta es una decisión extraordinariamente privada. Las personas acuden a TMR con la expectativa de que la información que compartirán con los médicos de TMR seguirá siendo privada. Esta expectativa es razonable y, de hecho, en la mayoría de los casos, un psicoterapeuta o consejero tiene la obligación legal de mantener privadas la confidencialidad y la información de los clientes. Por supuesto, hay algunas excepciones.

El siguiente es un breve resumen de las limitaciones que un psicoterapeuta o consejero tiene con respecto a mantener la información sobre los clientes en privado.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico de 1996 "HIPAA".

El Título I de HIPAA fue aprobado en 1996. El Título I protege la cobertura de seguro de salud para los trabajadores y sus familias que cambian o pierden sus empleos.

El Título II de HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca estándares nacionales para las transacciones electrónicas de atención médica e identificadores nacionales para proveedores, planes de salud y empleadores. El Título II también aborda la seguridad y privacidad de datos de salud, que es la sección de la Ley más importante para nuestro propósito.

El Título II de HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca estándares nacionales para las transacciones electrónicas de atención médica e identificadores nacionales para proveedores, planes de salud y empleadores.

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601

El Título II también aborda la seguridad y privacidad de los datos de salud, que es la sección de la Ley más importante para nuestro propósito. El Título II de HIPAA requiere que los proveedores médicos protejan la privacidad de la información médica de los pacientes controlando la forma en que se usa y divulga la "información de salud protegida" de un paciente.

Bajo HIPAA, a los pacientes se les deben ofrecer ciertos derechos con respecto a su información, como el derecho a acceder y copiar, el derecho a solicitar enmiendas a la información contenida en su archivo y el derecho a solicitar una contabilidad. Los proveedores médicos deben contar con políticas y procedimientos adecuados para proteger aún más la privacidad de la información de los pacientes. Bajo HIPAA, la información médica se puede compartir con otros proveedores de atención médica solo con fines de tratamiento. HIPAA no permite que los profesionales de la salud mental compartan notas personales de psicoterapia de los pacientes, incluso con fines de tratamiento, sin la autorización del paciente.

Existen excepciones bajo HIPAA, que permiten a los proveedores médicos divulgar información médica protegida en las siguientes situaciones:

1. Sospecha de abuso o negligencia: Si el proveedor médico cree que el paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, se puede divulgar información protegida. El informe debe hacerse a una persona autorizada por la ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil.
2. Amenaza grave o inminente: Si el proveedor cree que la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público, la información protegida puede divulgarse a la autoridad correspondiente.
3. Aplicación de la ley: Si la divulgación es necesaria para que las autoridades policiales identifiquen o detienen a un individuo.

Reconozco que estos términos han sido revisados y acordados antes del inicio de la prestación del servicio.

ACUERDO FINANCIERO

Los servicios proporcionados para este programa son financiados por la Comisión de Servicios Juveniles del Condado de Bergen. No recibirá ninguna factura ni tendrá ninguna responsabilidad financiera mientras esté inscrito en el Programa Juvenil de TMR. Si después de 16 semanas elige continuar con los servicios de psicoterapia a través de TMR Mental

Healthcare, usted será responsable del costo de cualquier servicio prestado. En ese momento se le pedirá que firme un nuevo formulario de consentimiento y un acuerdo financiero.

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601

He leído, entiendo y acepto el Acuerdo Financiero de TMR. Entiendo que soy en última instancia responsable del pago a TMR por todos los servicios prestados y que dicho

pago vence en el momento de la visita. Mi firma a continuación indica que entiendo completamente y acepto estos términos.

REGISTROS PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros apropiados de los servicios de salud mental / salud conductual que brindamos. Sus registros se mantienen en un lugar seguro electrónicamente. Mantenemos registros breves que señalan que usted estuvo aquí, sus razones para buscar terapia, las metas y el progreso que establecimos para el tratamiento, su diagnóstico, los temas que discutimos, su historial médico, social y de tratamiento, los registros que recibimos de otros proveedores, las copias de los registros que enviamos a otros y sus registros de facturación. Excepto en circunstancias inusuales que impliquen peligro para usted, tiene derecho a una copia de su archivo. Debido a que estos son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y / o molestos para los lectores no capacitados. Por esta razón, le recomendamos que inicialmente los revise con nosotros, o que los envíe a otro profesional de salud mental para que discuta los contenidos. Si rechazamos su solicitud de acceso a sus registros, tiene derecho a que nuestra decisión sea revisada por otro profesional de salud mental, que discutiremos con usted a petición suya. También tiene derecho a solicitar que una copia de su archivo esté disponible para cualquier otro proveedor de atención médica a su solicitud por escrito.

PADRES Y MENORES

Si bien la privacidad en la terapia es crucial para el progreso exitoso, la participación de los padres también puede ser esencial. Es nuestra política no proporcionar tratamiento a un niño/a menor de 13 años a menos que acepte que podemos compartir cualquier información que consideremos necesaria con un padre. Para los niños mayores de 14 años, solicitamos un acuerdo entre el cliente y los padres que nos permita compartir información general sobre el progreso del tratamiento y la asistencia, así como un resumen del tratamiento al finalizar la terapia. Cualquier otra comunicación requerirá el consentimiento del niño, a menos que consideremos que existe un problema de seguridad (consulte también la sección anterior sobre Confidencialidad para excepciones), en cuyo caso haremos todo lo posible para notificar al niño de nuestra intención de divulgar información con anticipación y haremos todo lo posible para manejar cualquier objeción que se plantee.

CONTACTANDOSE CON NOSOTROS

A menudo no estamos disponibles de inmediato por teléfono. No contestamos nuestros teléfonos cuando estamos con clientes o no estamos disponibles. En esos momentos, puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz confidencial y su llamada será devuelta lo antes posible, pero puede tomar uno o dos días para asuntos no urgentes. Si, por cualquier número de razones imprevistas, no tiene noticias de nosotros o no podemos comunicarnos con usted,

TMR Youth Program

y siente que no puede esperar una llamada de regreso o si se siente incapaz de mantenerse a salvo, 1) Si usted o un miembro de su familia están experimentando los signos o síntomas de una enfermedad mental y sienten que está en crisis, y vive en Nueva Jersey llamar **201-262-HELP (4357)**. Los consejeros de crisis están disponibles 24 horas al día, los 7 días de la

semana para guiarlo a través de los próximos pasos para obtener ayuda. 2) vaya a la sala de emergencias de su hospital local, o 3) llame al 911 y pida hablar con el trabajador/a de salud mental de guardia. Haremos todo lo posible para informarle con anticipación de las ausencias planificadas y le proporcionaremos el nombre y el número de teléfono del profesional de salud mental que cubre su equipo clínico, cuándo y si ocurre una ausencia.

OTROS DERECHOS

Si no está satisfecho con lo que está sucediendo en la terapia, esperamos que hable con nosotros para que podamos responder a sus inquietudes. Tales comentarios serán tomados en serio y manejados con cuidado y respeto. También puede solicitar que lo refiramos a otro terapeuta y que seamos libres de terminar la terapia en cualquier momento. Usted tiene derecho a una atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por motivos de raza, origen étnico, color, género, orientación sexual, edad, religión, origen nacional o fuente de pago. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de la terapia y sobre nuestra capacitación y experiencia específicas.

CONSENTIMIENTO PARA LA PSICOTERAPIA

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y el Aviso de Prácticas de Privacidad y acepta sus términos:

Firma del Cliente o Representante Personal:

Nombre impreso del cliente o representante personal:

Fecha:

Descripción de la Autoridad del Representante Personal:

Lo siguiente se ha discutido conmigo con respecto al uso de telesalud para los servicios proporcionados por TMR, el personal y los afiliados..

- Planificació
- Medidas de privacidad/segurida
- Riesgos potenciales
- Requisitos de notificación obligatorio
- Credenciales del equipo de atención
- Arreglos de facturación

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

- Límites a la confidencialidad
 - Plan de emergencia explícito
 - Almacenamiento de información del paciente y posibilidad de falla técnica Procedimientos para coordinar el cuidado
 - Protocolos de contacto entre visita
 - Políticas de prescripción (incluyendo las regulaciones locales y federales)
- Condiciones en las que se debe poner fin a la telemedicina por la atención en persona.

en mi atención médica y de salud mental.

Firma del Cliente o Representante Personal

Nombre impreso del cliente o representante personal

Fecha:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Yo siendo un adulto de mente sana, (nombre impreso) deliberadamente y voluntariamente hago esta declaración para el tratamiento de salud mental con el uso de medicamentos psicotrópicos. Su médico o enfermera practicante de salud mental psiquiátrica le recetará medicamentos psicotrópicos después de una evaluación exhaustiva de sus necesidades, presentando síntomas y nivel actual de funcionamiento y debilitación.

Para tomar una decisión informada, se le debe proporcionar información verbalmente (en sus sesiones) y / o por escrito, que incluyen lo siguiente:

1. La naturaleza de su condición psiquiátrica (diagnóstico)..
2. Las razones por la cual toma tal medicamento (s), incluye la probabilidad de mejorar o no mejorar sin dicho (s) medicamento (s).
3. El nombre, dosis, frecuencia, vía de administración y duración de los medicamentos recetados.
4. Los posibles efectos secundarios de los medicamentos que se sabe que ocurren comúnmente y que posiblemente pueden causar defectos de nacimiento.
5. Pueden ocurrir efectos secundarios adicionales con la administración continua de medicamentos antipsicóticos si se toma durante más de tres (3) meses. Los efectos secundarios pueden incluir movimientos involuntarios persistentes de la cara, la boca, las extremidades y el tronco, denominados discinesia tardía. Estos síntomas pueden ser irreversibles y pueden continuar apareciendo incluso después de que se

hayan descontinuado los medicamentos.

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

6. La duración y la continuación de los medicamentos se discutirán con usted y su psiquiatra / enfermero practicante que lo está tratando durante cada visita.

Su firma a continuación reconoce que:

1. Los medicamentos y el tratamiento se han discutido adecuadamente con usted y deben tomarse sólo según lo prescripto.
2. Ha recibido toda la información que desea con respecto a dichos medicamentos y tratamiento.
3. Se me han ofrecido hojas de información sobre los medicamentos y he tenido la oportunidad de revisar los beneficios específicos y los efectos secundarios de los medicamentos recetados junto con el médico que los recetó.

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento con este medicamento. Entiendo que puedo buscar información adicional y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento al declarar mi intención a cualquier miembro del equipo de tratamiento.

Servicios Del Programa:

El programa Treat Me Right brinda atención integral exhaustiva de cuidado de salud mental. Utilizan un enfoque de perspectiva holística y de fortalezas para satisfacer las necesidades de las personas, las parejas (padres o cuidadores) y las familias. En TMR los servicios que se ofrecen son psicoterapia individual, matrimonial, familiar y grupal; psicofarmacología y manejo de medicamentos; y asesoramiento de nutrición. Tratan problemas, inquietudes y trastornos de salud mental que cumplen con los criterios de diagnóstico manual y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) con el uso de diversas modalidades terapéuticas, como la Terapia de conducta cognitiva (CBT), Terapia conductual dialéctica (DBT) familia centrada en las emociones y los sistemas familiares/maritales basados en la atención plena (MBCT) Resumen Psicodinámico centrado en soluciones y basado en la fuerza y enfocado en el trauma (SFBT). Por lo general, los clientes son atendidos una vez a la semana durante un período de 12 a 16 semanas en promedio. El desarrollo juvenil positivo en un plan de tratamiento para un adolescente puede consistir en psicoeducación con respecto al uso y abuso de sustancias. Dificultad para controlar el comportamiento de los jóvenes.

Población dirigida:

Los jóvenes del condado de Bergen de 8 a 17 años de edad al momento de la admisión (a menos que sean referidos por el Tribunal de Familia o Libertad Condicional) con prioridad a

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

los jóvenes que residen en uno de los quince municipios principales.

Área geográfica de servida:

Condado de Bergen- debe residir en el condado de Bergen para poder participar en este programa. Por favor proporcione un comprobante de residencia, como licencia de conducir, identificación estatal, factura de servicios públicos o extracto bancario.

Metas:

Prevención- Evitar que los jóvenes en riesgo se involucren en comportamientos anti-sociales y delictivos y participen en otros comportamientos problemáticos que conducen hacia la delincuencia.

Desviación – Proporcionar servicios y / o sanciones informales a los jóvenes que han comenzado a participar en un comportamiento delictivo de bajo nivel en un esfuerzo por evitar que los jóvenes continúen en un camino delictivo.

Disposición - Proporcionar a la corte una gama de opciones que coincidan con la supervisión y necesidades de servicio de los jóvenes en sus comunidades en un esfuerzo por reducir la reincidencia.

Reentrada – Proporcionar a los jóvenes la transición de un programa JJC residencial o programa de un día con apoyo adicional para una reintegración exitosa en sus comunidades en un esfuerzo para reducir la reincidencia.

Está involucrado con alguna de las siguientes agencias:

Corte Familiar

Intervención de Crisis Familiar

JCC/Correcciones

DGP&P

Tratamiento de alcoholismo / drogadicción (Residencial / No residencial)

CMO Bergen's Promise

A quién podemos agradecer por la recomendación a este programa?

Escuela

Padres/Parientes

Corte Familiar

Libertad Condicional

Departamento de Policía

A mí mismo

Amigos

Otro, por favor especifique:

Ingresos anual de los Padres o Tutores:

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Situación laboral del/la joven:

Empleado(a)-tiempo completo Empleado(a)-tiempo parcial Capacitación de Trabajo

Discapacitado/a Desempleado

Otras fuentes de ingresos:

Familia

Padre/Madre Soltera(o)/Tutor(a) Doble Padre/Madre/Tutor(a) Otro Ninguno

Arreglos de vivienda:

En Casa Detención / Corrección Casa de Acogida Vive solo (a) Casa de un Familiar
Casa de un amigo Sin Hogar Albergue
Hospital Psiquiátrico Colocación residencial

Cuidador(a) primario(a):

Padres Adoptivos Padres Biológicos Madre/Padre Biológica(o) y Padrastro/Madrastra
Abuelos Otro Pariente(s) Otro No-Pariente(s)

Municipio de Residencia:

Condado de Residencia:

Fecha del Referido:

¿Cómo podemos ayudar?

Psicoterapia Individual

Psicoterapia Familia/de Pareja

Evaluación Psiquiátrica o Evaluación Biopsicosocial

Psicofarmacología

Para participar en el programa de TMR, los jóvenes deben participar en todos los servicios con la excepción de la psicofarmacología, ya que los medicamentos solo se recetarán si son clínicamente apropiados.

Demografía de/la Joven

Nombre dado o legal:

Apellido Primer Inicial del segundo nombre

Nombre preferido (si aplica)

Fecha de Nacimiento:

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Edad:

Género: (M, F, X)

Lenguajes hablado:

Idioma preferido para las sesiones:

Nombre del cuidador:

Relación con el/la Joven:

Dirección

Ciudad:

Estado:

Código Postal

Método de contacto preferido:

Teléfono de casa:

Teléfono Móvil (Texto Llamada):

Correo Electrónico

Teléfono de casa:

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Teléfono Móvil:

¿Podemos dejar un mensaje? Si No

Correo Electrónico:

¿Podemos enviar un correo electrónico? Yes

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

No **Nota: El correo electrónico no se considera un medio de comunicación confidencial.*

Fuente de Referencia

Nombre:

Apellido Primer Nombre Inicial del segundo Nom Agencia:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico :

Motivo del referido:

¿Le gustaría recibir actualizaciones sobre este cliente mientras está bajo nuestro cuidado? Yes No

Historial de Tratamiento y Elegibilidad para TMR-YP

Qué servicios está recibiendo actualmente el cliente de su agencia? Por favor, enumere a continuación:

¿Hay otras agencias involucradas? Si No

En caso que si, ¿cuáles?

¿Metas de la escuela/agencia que trabaja con la familia?

¿A qué escuela asiste el/la joven?

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Estado de la escuela: Aprobando Reprobando Rechazo escolar/Asistencia deficiente
Suspendido Expulsado

Grado Actual:

Está el cliente cubierto por un plan de seguro? Si No

Si tiene un plan, indique su proveedor de seguros:

El joven y el cuidador del joven están al tanto de la referencia? Si No Si están

al tanto, cuál es su actitud hacia la referencia?

¿Alguna necesidad especial para él/la joven?

El/la joven está tomando medicamentos actualmente y / o tiene algún diagnóstico que usted conozca? Si No

*** Si es accesible, proporciónenos cualquier documentación relacionada con el tratamiento anterior de salud mental. Esta información nos ayudará a apoyar mejor a este joven y su familia. Puede enviar esta información por correo electrónico o fax a su conveniencia. O llame a nuestro Coordinador de Atención al Cliente al 201-678-1802 si prefiere discutir y proporcionar esta información por teléfono***

Comentarios adicionales:

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

TMR Mental Health Care PC

Licensed Psychotherapists, Psychiatric Nurse Practitioners, Registered Dietitians

835 Main St 2nd Flr
Hackensack, NJ 07601

Call: 201-678-1802

Fax: 201-322-3738

Nombre de el/la J6ven. Fecha de Nacimiento: **Autorizaci3n Bidireccional Para**

La Divulgaci3n de Informaci3n

Autorizo a TMR Mental Health Care PC (Treat Me Right- Youth Program) y sus afiliados a recibir y divulgar informaci3n de o a las personas, agencias o instalaciones nombradas a continuaci3n, ya sea verbalmente o por escrito, como se indica en esta autorizaci3n.

Terapeuta

Administrador de Sistemas Contratado

Divisi3n de Protecci3n y Permanencia de la Infancia (DCP&P)

M3dico

Divisi3n de Servicios de Salud Mental de NJ

Comisi3n de Justicia Juvenil de NJ Junta de Libertad Condicional de

NJ Otro (Especificar)

Divisi3n del Desarrollo de Discapacidades de NJ

Divisi3n de Asistencia M3dica y Servicios de Salud de NJ (Medicaid)

Comercial

Divisi3n del Sistema de Cuidado Infantil de NJ (DCSCOC)

Seguro de Salud Privado

Organizaci3n unificada de administraci3n de casos (UCM)

Escuela Actual

Servicios de Intervenci3n de Ni6os en Crisis (CCIS)

Sistema M3vil de Respuesta y Estabilizaci3n (MRSS)

TMR Youth Program

835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601

Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Especifique la información que se puede publicar:

Registro completo, Resumen de alta Evaluaciones, Planes de Tratamiento, Documentación de Admisión, Resumen de Transferencia, Evaluaciones y Pruebas, Notas de Psicoterapia, ISP & IAP, Examen Físico

Consultas de Informes de Laboratorio (incluir el nombre del consultor) Notas de Psiquiatría Pruebas Neuropsíquicas Otro (especificar)

Propósito de la autorización:

Para coordinar el cuidado, facilitar la facturación del referido, obtener seguro, beneficios financieros o de otro tipo, otro propósito (por favor especificar):

Una copia de esta autorización se considerará válida como el original.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada de conformidad con esta autorización. Esta autorización caducará (especificar una fecha/período de tiempo) o, si no se especifica nada, expirará en un año. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios de TMR-YP y / o la otra persona, instalación o agencia nombrada. Sin embargo, la falta de habilidad para compartir u obtener información puede impedir que TMR Mental Health Care PC, y / o la otra persona nombrada, instalación o agencia, brinden la atención adecuada y necesaria.

Firma del Padre/Madre/Cuidador

Firma de el/la joven (Si es mayor de 14)

Imprimir nombre del Padre/Madre/Cuidador

Imprimir nombre de el/la joven

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Áreas problemáticas

Por favor identifique las áreas que cree que deberían ser el enfoque de usted o del tratamiento de psicoterapia de su hijo (a) en este momento:

	Dificultad para
Activamente rechaza ayuda	Controlar el Comportamiento
Conflicto Matrimonial	Habilidades Interpersonales de el/la jóven deficientes
Abuso de Alcohol	Comportamiento Disruptivo en la Escuela
Problemas Médicos/Familia	Habilidades Deficientes para Resolver Problemas
Dependencia Alcohólica	Violencia Doméstica en la Familia
Problemas Médicos/Juvenil	Mala Relación - Figura Materna
Actitudes Antisociales/Pro-Criminales	Abandono Escolar
Enfermedad Mental - Familia	Mala Relación - Figura Paterna
Trastorno por Déficit de Atención con Negligencia- Juvenil	Abuso de Drogas
Hiperactividad	Bajo Rendimiento Escolar
Insensible, Poca Preocupación por los Demás	Dependencia de Productos Fármacos
Ninguno/Pocos Amigos Positivos	Estrés postraumático
Comportamiento Criminal - Familia	Familia Expuesta a Violencia Comunitaria
Físicamente Agresivo	Suspensiones Repetidas
Desafía a las Autoridades	Funcionamiento por Debajo del Nivel de Grado
Manejo Deficiente de la Ira	Comportamiento Fugitivo
Amigos Delinquentes	Analfabetismo
Pobre Tolerancia a la Frustración	Enfermedad Mental Serios
	Supervisión Inadecuada

Comportamiento Sexual Inapropiado	Absentismo Escolar/no Asistencia
Disciplina Inapropiada	Falta de Remordimiento/Aceptación de Responsabilidad
Período de Atención Corto	Verbalmente Agresivo (a)
Figura Principal Inconsistente	Víctima de Abuso Físico - Juvenil
Abuso de Sustancias - Familia	Falta de Habilidades de Crianza de los adolescentes
Autoestima Inflada	Víctima de Abuso Sexual/Incesto -Adolescente Juvenil
Ideación/Gestos Suicidas	Falta de Habilidades Vocacionales / Técnicas
Falta de Habilidades Independientes	Baja Autoestima
Embarazo de Adolescente	
Falta de Habilidades Laborales	

Evaluación de Deterioro Funcional

**Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento Nombre del Proveedor
Date**

Evaluación de Deterioro Funcional

Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

Este cuestionario pregunta sobre las dificultades debidas a las condiciones de salud. Las condiciones de salud incluyen enfermedades o dolencias, otros problemas de salud que pueden ser de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas con el alcohol o las drogas.

Piense en los últimos 30 días y responda estas preguntas, pensando en cuánta dificultad tuvo para realizar las siguientes actividades. Seleccione una sola respuesta para cada pregunta,

Extremo o ^on puede hacerl^o

TMR Youth Program

En los últimos 30 días, cuánta dificultad tuvo para:

1. Estar de pie por largos períodos de tiempo, como
30 minutos? 0 1 2 3 4
2. Hacerse cargo de las responsabilidades del hogar? 0 1 2 3 4
3. Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender como llegar a un lugar nuevo? 0 1 2 3 4
4. Qué tanto problema tuviste para unirte a actividades comunitarias de la misma manera que cualquier otra persona? (por ejemplo, festividades, actividades religiosas u otras) 0 1 2 3 4
5. ¿Cuánto te han afectado emocionalmente tus problemas de salud? 0 1 2 3 4
6. Concentrarse en hacer algo por diez minutos? 0 1 2 3 4
7. Caminar larga distancia como media milla [o equivalente]? 0 1 2 3 4
8. Lavarse el cuerpo entero? 0 1 2 3 4
9. ¿Vestirse? 0 1 2 3 4
10. Tratar con personas que no conoce? 0 1 2 3 4
11. ¿Mantener una amistad? 0 1 2 3 4
12. ¿Tu trabajo del día a día? 0 1 2 3 4

Evaluación de Deterioro Funcional (continuación)

H1. En general, en los últimos 30 días, ¿cuántos días estuvieron presentes estas dificultades? (por favor estimar si no está seguro) días

H2. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días estuvo totalmente imposibilitado de realizar sus actividades habituales o trabajar debido a alguna condición de salud? (por favor estimar si no está seguro) días

H3. En los últimos 30 días, sin contar los días que estuvo totalmente incapacitado, ¿durante cuántos días recortó o redujo sus actividades habituales o trabajo debido a alguna condición de salud? (por favor estimar si no está seguro) días

Prueba de Depresión

Prueba de Depresión

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Este cuestionario le ayudará a identificar, comprender y rastrear mejor su síntomas depresivos.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas		
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza		
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado		
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía		
5. Tener poco apetito o comer en exceso		
6. Sentir falta de amor propio - o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a su familia		
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión		
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de la contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado		
9. Se la han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de qué haría daño de alguna manera		
10. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿qué tan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? Nada en absoluto Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil		

Acerca de usted

Edad

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Género:

Femenina

Masculino

Otro Género

Raza/origen étnico

Si es de origen Hispano, Latino o Español, favor marque lo que le corresponda

¿Cuál de las siguientes poblaciones lo describe a usted?

Marque todas las que aplican.

Veterano/a o militar activo/a

Cuidador/a de una persona que vive con una enfermedad emocional o física LGBTQ+

Estudiante

Sobreviviente de trauma

Nueva madre o embarazada

Acerca de su salud mental

¿Está usted actualmente, o ha sido diagnosticado anteriormente con una condición de salud mental o adicción por un profesional?

Si No

Alguna vez ha recibido usted tratamiento/apoyo para una condición de salud mental? Sí No

Sobre su salud

Actualmente, tiene usted seguro médico?

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

Si No

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?

Marque todas las que aplican.

	(EPOC) u otras	condiciones del pulmón
Enfermedad de corazón		Trastorno de
Diabetes		movimiento (tic
Cáncer		involuntario, discinesia
Artritis u otro dolor crónico		tardía)
Enfermedad pulmonar		Otro...
obstructiva crónica		

En el **último año** te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si te sentías bien a veces?

Si No

Si usted está experimentando cualquiera de los problemas en este formulario, ¿qué tan difícil han hecho estos problemas que usted pueda hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil

Ha habido un momento en **el último mes** en el que haya tenido pensamientos serios sobre poner fin a su vida?

Si No

ALGUNA VEZ, en **toda tu vida**, has intentado suicidarte o has hecho un intento de suicidio?

Si No

Prueba de Ansiedad

Prueba de Ansiedad

Este cuestionario le ayudará a identificar, comprender y rastrear mejor su síntomas de ansiedad.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

ha sentido molestias por los siguientes problemas?

1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta		
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación		
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas		
4. Dificultad para relajarse		
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente		
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente		
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar		

Gracias por considerar TMR para las necesidades terapéuticas del/la jóven en este momento. Esperamos trabajar con usted y / o su familia. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 201-678- 1802 o envíenos un correo electrónico a support@tmrtalktherapy.com.

Formulario Completo de Historial Médico del Paciente

Sus respuestas en este formulario ayudarán a su médico a comprender sus inquietudes y afecciones médicas. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Las mejores estimaciones están bien si no puede recordar detalles o fechas específicas. ¡Gracias!

Información Personal

Nombre Preferido: Fecha de Nacimiento: Fecha: Preocupaciones actuales con su

salud:

Medicamentos: (con receta y sin receta, vitaminas, píldoras anticonceptivas y

TMR Youth Program

835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601

Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

suplementos de hierbas)

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento Dosis	Frecuencia

Alergias a medicamentos o reacciones a medicamentos/alimentos/otros agentes: Yes No Por favor liste:

Historial Médico Personal:

¿Tiene alguno de los siguientes?

Reflujo ácido (acidez estomacal)

Alcoholismo Allergies (environmental)

Ansiedad

Asma

Fibrilación auricular
Cáncer (liste abajo)
Problema de colesterol
Coagulación (sangrado)
Dolor lumbar crónico

Depresión Diabetes
Disfunción eréctil
Ácido Úrico

Alta Presión
Sanguínea
Enfermedad cardíaca
(explique abajo)
Migrañas
Osteopenia/Osteoporosis
Problemas de la

TMR Youth Program
835 Main St 2nd Flr Hackensack, NJ 07601
Informed Consent for TMR Mental Health Care PC

próstata
Problemas de tiroides

Otros problemas médicos crónicos o recurrentes. (Si está completando este formulario para un niño que tiene retrasos en el desarrollo o necesidades especiales, enumera a continuación)

Lista de Medicamentos

Por favor infórmenos si está tomando o ha tomado algunos de estos medicamentos. Selecciones todas las que apliquen.

Genérico Marca Genérico Marca imipramine Tofranil levomilnacipran Fetzima desipramine Nopramin phenelzine Nardil amitriptyline Elavil tranylcypromine Parnate nortriptyline Aventyl, Pamelor selegiline Emsam (patch) clomipramine Anafranil lithium carbonate Eskalith, Lithonate trazodone Oleptro olanzapine, fluoxetine Symbyax nefazo Generic Only carbamazepine Tegretol, Equetro fluoxetine Prozac, Sarafem divalproexin Depakote bupropion Wellbutrin lamotrigine Lamictal sertraline Zoloft oxcarbazepine Trileptal paroxetine Paxil methylphenidate Ritalin venlafaxine Effexor methylphenidate Concerta desvenlafaxine Pristiq methylphenidate Metadate fluvoxamine L-methylphenidate Methylin mirtazapine Remeron methylphenidate Daytrana (patch) citalopram Celexa methylphenidate Quillivant XR (liquid) escitalopram Lexapro dexmethylphenidate Focalin duloxetine Cymbalta dextroamphetamine Dexedrine vilazodone Viibryd lisdexamfetamine Vyvanse atomoxetine Strattera d-amphetamine Adderall vortioxetine Trintellix modafinil Provigil, Sparlon armodafinil Nuvigil