



**Treasure Coast Community Health**  
**Contrato del Paciente para Servicios de Salud Mental**

Como paciente de TCCH que solicita servicios de Salud Mental entiendo que hay varios términos y condiciones que debo cumplir para recibir este servicio.

*Al firmar todos los términos estoy de acuerdo en que entiendo lo que se espera de mí mientras estoy recibiendo servicios en TCCH.*

\_\_\_\_\_ Entiendo que TCCH tiene un sistema automatizado de llamadas y debo responder como corresponde para confirmar mi cita.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si llego **7 minutos** tarde para mi cita programada de 30 minutos, seré reprogramado. Entiendo que si llego **15 minutos** tarde para mi cita programada de 1 hora, seré reprogramado.

\_\_\_\_\_ Me han dado la información de contacto de Salud Mental si tuviera la necesidad de reprogramar mi cita.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad como paciente mantener mi número de teléfono, dirección y seguro médico actualizados con TCCH.

\_\_\_\_\_ Entiendo que como paciente que recibe servicios de Salud Mental, se me puede pedir que me someta a un examen de drogas a través de la orina. Este examen se cobrará a mi cargo si no tengo seguro médico. Si me niego a hacerlo, podría poner en peligro la continuación de mi atención de salud conductual en TCCH.

\_\_\_\_\_ Si no cumplo con los planes de tratamiento instituidos por mi terapeuta o proveedor de atención médica, esto podría poner en peligro la continuación de mi cuidado en TCCH.

\_\_\_\_\_ Si debo ser dado de alta de TCCH por los servicios de Salud Mental, entiendo que sólo recibiré "Atención de Emergencia" por treinta (30) días.

**Contrato de Prescripciones que Incluye Sustancias Controladas para Pacientes.**

Las medicinas de sustancia controlada (es decir, narcóticos, tranquilizantes y barbitúricos) son muy útiles, pero tiene un potencial alto de uso indebido y, por lo tanto, es estrictamente controlada y supervisada por el gobierno federal, estatal y local. Las sustancias controladas están destinadas a aliviar los síntomas relacionados con mi diagnóstico actual, o asociados con él, para mejorar la función y/o la capacidad de trabajar.

Mi proveedor de atención médica puede estar recetando este medicamento a mi, además de mi medicamento recetado regularmente, *iniciando* todos los términos; Estoy de acuerdo en que entiendo lo que se espera de mí mientras estoy recibiendo estos medicamento(s).

\_\_\_\_\_ Soy responsable de mi(s) medicamento(s) de receta y/o de sustancias controladas. Si la prescripción se pierde, extraviado o robado, o no tomo mi medicación según lo prescrito, entiendo que puedo solicitar una nueva receta; Sin embargo, después de revisar mi registro médico, mi receta no puede ser reemplazada / renovada.

\_\_\_\_\_ Mantendré informado a mi proveedor de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente o cuando tenga medicamentos añadidos o descontinuados de mi régimen de medicamentos

\_\_\_\_\_ Llamaré o haré una solicitud a través de mi portal de pacientes, al menos cuarenta y ocho (48) horas antes para solicitar una recarga de receta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi meta principal del tratamiento es mejorar mi salud total y capacidad de funcionar y/o de trabajar

\_\_\_\_\_ Voy a llamar de inmediato si estoy experimentando cualquier efecto secundario de la medicación que ha sido recetada por mi proveedor de atención médica de TCCH.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la discontinuación abrupta podría causar efectos secundarios graves o consecuencias emocionales, estoy de acuerdo en discutir la decisión primero con mi médico

## Declaración de Privacidad y Confidencialidad

La Ley de Florida requiere que los Proveedores de Salud Mental mantengan la confidencialidad de la información del paciente. Los registros son confidenciales y el paciente tiene el privilegio de impedir que su proveedor de salud mental revele comunicaciones o registros confidenciales. Hay varias excepciones (límites de confidencialidad) como sigue:

1. Si el paciente (adulto o menor) declara la intención de lastimarse a sí mismo o a otras personas.
2. Si el Proveedor de Salud del Comportamiento sabe o tiene motivos razonables para sospechar que un menor es abusado, descuidado o abandonado.
3. Información que revele cualquier abuso, negligencia o explotación de cualquier adulto discapacitado o anciano.
4. Si un paciente necesita ser hospitalizado involuntariamente debido a efectos debilitantes de enfermedad mental y / o alcoholismo.
5. Si se requiere que el paciente se someta a un examen ordenado por el tribunal.

De lo contrario, NO se podrá divulgar información o registros sin el consentimiento por escrito del paciente o del padre/tutor.

**Publicacion de Informacion de Salud Personal.** Cualquier solicitud de registro que se envíe a otra parte debe ser solicitada por escrito. Los registros serán enviados solamente a las personas o agencias especificadas en el comunicado.

### Servicios de Terapia

**Servicios Psicológicos** –La psicoterapia tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, enfado, frustración o soledad porque el proceso de la psicoterapia a menudo requiere discutir los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, la psicoterapia ha demostrado tener beneficios. Terapia a menudo conduce a una reducción significativa de la sensación de angustia, mayor habilidad para el manejo del estrés, y la resolución de problemas específicos. No hay garantías sobre lo que sucederá. La psicoterapia requiere un esfuerzo muy activo por parte del paciente.

La primera sesión incluirá una evaluación completa de las necesidades de su hijo o de su hijo. En la próxima sesión, se revisará un plan de tratamiento con usted o con su hijo. Usted tendrá la oportunidad de discutir los planes de tratamiento.

**Citas** – Las citas con un terapeuta son ordinariamente entre 45-50 minutos de duración, una vez por semana, aunque algunas sesiones pueden ser más o menos frecuentes según sea necesario. El tiempo programado se asigna a usted y a usted solo. TCCH solicita que usted proporcione un aviso de 24 horas si es necesario cancelar o reprogramar una cita.

**Momento de Crisis** – Si en cualquier momento usted está en crisis o no puede mantenerse a sí mismo u otra persona segura y no puede comunicarse con su terapeuta, llame al 911 o vaya al departamento de emergencias más cercano.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Miembro TCCH

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro de TCCH

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Bienvenido a Treasure Coast Community Health Servicios de Salud Mental

Este es un compromiso entre usted y su proveedor. Debido a la gran demanda de servicios psiquiátricos y terapéuticos en nuestra comunidad, se ha hecho necesario simplificar nuestro proceso de programación y cancelación de citas. Este documento resume los procedimientos de TCCH con respecto a las responsabilidades del paciente en este sentido.

Usted, el paciente y/o adulto responsable de un paciente menor de edad, acuerda cancelar las citas un día hábil antes de la cita programada y confirmar las citas futuras.

Si no llama para cancelar y confirmar sus próximas citas, TCCH acepta enviar una carta de recordatorio sobre sus futuras citas. Si no responde a la carta de recordatorio dentro de los siguientes 5 días hábiles después de recibir la carta, TCCH entenderá que usted está cancelando el tratamiento y cancelará sus citas futuras.

Gracias por su anticipada comprensión y cooperación en este asunto. Nuestro objetivo es brindar un servicio de calidad a todos aquellos que lo necesitan, y nuestros procedimientos de cancelación nos permitirán tener más éxito en nuestra misión.

Firme a continuación para indicar que ha leído y comprendido los procedimientos de programación descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Guardián (Si aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Witness

**Fellsmere**  
12196 County Rd. 512  
Fellsmere, FL 32948

**Sebastian**  
13505 US Highway 1  
Sebastian, FL 32958

**V787**  
787 37<sup>TH</sup> St. Suite 140  
Vero Beach FL, 32960

**Central**  
1553 US Highway 1  
Vero Beach, FL 32960

**Oslo**  
1545 9<sup>th</sup> St. SW  
Vero Beach, FL 32962

# Una Encuesta de Parte de su Proveedor de Cuidados de Salud – PHQ-9 Modified for Teens

Nombre \_\_\_\_\_

Clinico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Instrucciones: ¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas?  
Por cada síntoma escriba una "X" en el cuadro que mejor describe como se siente.**

	(0) Ninguno	(1) Varios Días	(2) Mas de la Mitad de los Días	(3) Casi Todos los Días
1. ¿Se siente deprimido, irritado, o sin esperanza?				
2. ¿Poco interés o placer para hacer cosas?				
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?				
4. ¿Poco apetito, pérdida de peso, o come demasiado?				
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?				
7. ¿Tiene problema para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?				
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera ?				

10. ¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces?  Si  No

11. Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas?  
 No difícil  Un poco difícil  Muy difícil  Sumamente difícil

12. ¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida?  Si  No

13. ¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse?  Si  No

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Score \_\_\_\_\_

Q. 12 and Q. 13 = Y or  
Screen = ≥11

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

## GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.