



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 discontinuados 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 37TH St. Suite 140
Vero Beach FL, 32960

Central
1553 US Highway 1
Vero Beach, FL 32960

Oslo
1545 9th St. SW
Vero Beach, FL 32962

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

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

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

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

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

No ha sido
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

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.