Derechos, responsabilidades y consentimiento informado del cliente

Información sobre Hamm Clinic

Hamm Clinic es una clínica especializada en salud mental y sin fines de lucro. Desde 1954 estamos al servicio de la comunidad. Nuestra principal misión es la de proporcionar servicios de calidad, con sensibilidad cultural, a los adultos y a sus familias, en particular a los más desfavorecidos y a aquellos que no pueden hacer frente a la totalidad de los gastos de la atención. Nuestro objetivo es proporcionar a todos nuestros pacientes un entorno seguro y agradable para el tratamiento de sus inquietudes. Para nosotros, es fundamental contar con una atención de salud mental de calidad para garantizar el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Hamm Clinic cuenta con la acreditación del estado de Minnesota según la Norma 29.

Ofrecemos servicios personalizados para satisfacer las necesidades específicas de todos nuestros pacientes. Para ello, brindamos terapias individuales, grupales, de pareja y familiares, evaluaciones psiquiátricas y evaluaciones psicológicas especializadas, según corresponda. Asimismo, disponemos de un servicio de gestión de medicamentos para los clientes. Los miembros de nuestro personal clínico son especialistas multidisciplinares: psicólogos, trabajadores sociales clínicos, terapeutas matrimoniales y familiares autorizados, psiquiatras y un profesional de enfermería. Al ser un centro de formación, algunos de nuestros servicios están a cargo de los pasantes de trabajo social clínico, los pasantes de psicología y los residentes de psiquiatría de instituciones de formación de posgrado acreditadas.

Alcance de los servicios

En Hamm Clinic, los servicios se brindan en formatos a corto y largo plazo dentro de la capacitación, experiencia y disponibilidad del personal clínico. En caso de que en algún momento se determine que los problemas que presentan los clientes están fuera del alcance de la práctica de Hamm Clinic, se harán las derivaciones correspondientes. Las derivaciones de Hamm Clinic pueden hacerse después de la primera sesión o a medida que surjan estos problemas durante los servicios. Es posible que los profesionales de Hamm Clinic sugieran las opciones de derivación que consideren más adecuadas para las necesidades del cliente, pero en última instancia la decisión de continuar con el tratamiento es del paciente.

Información general sobre la terapia

La terapia (individual, grupal, de pareja y familiar) tiene como finalidad contribuir a la consecución de las metas y al desarrollo personal. Es posible tratar una amplia variedad de problemas, como la depresión, la ansiedad, los traumas, el estrés, las dificultades en las relaciones y otros. En las primeras sesiones se evaluarán sus necesidades y se desarrollará un plan de tratamiento conjunto con su terapeuta para que pueda alcanzar sus objetivos terapéuticos. Existen diversas formas de terapia para ayudar a los pacientes a sanar, cambiar y crecer. La terapia es una oportunidad para hablar sobre los problemas o situaciones que pueda estar viviendo. No es habitual que los terapeutas den consejos o sugieran cómo resolver un problema. En lugar de ello, su terapeuta le ofrecerá un entorno cálido y empático para ayudarle a procesar sus problemas y esforzarse por alcanzar sus objetivos.

Citas

En Hamm Clinic, para prestar el mejor servicio posible, se programan las citas para un día y una hora concretos. En general, las sesiones de terapia se agendan con una frecuencia semanal o quincenal. Por lo general, las citas de terapia individual, de pareja y familiar son de 55 minutos. Los grupos de terapia se suelen reunir durante unos 90 minutos, y las citas de psiquiatría suelen ser de 20 minutos después de una cita inicial de 60 minutos. Esperamos que usted haga todo lo posible por asistir a sus citas. Le recordaremos las citas enviándole mensajes de texto.

Telesalud

Es posible que en Hamm Clinic, los servicios se presten virtualmente, a través de Telesalud, lo que implica hacer uso de la interacción bidireccional, en vivo, que cumple con la HIPAA, entre el cliente y el proveedor utilizando tecnología audiovisual desde y hacia lugares remotos. Puede solicitar reunirse con su profesional sanitario virtualmente de forma continuada, o puede decidir cambiar a citas virtuales según sus necesidades (por ejemplo, durante un temporal de nieve).

Los servicios de telesalud no afectan a su derecho a la intimidad ni a su información sanitaria protegida. Estos sistemas interactivos cumplen la normativa vigente sobre privacidad. Si usted decide recibir servicios a través de telesalud, no estará físicamente en el mismo lugar que su profesional sanitario. Todos los documentos y su información médica protegida se almacenarán en la historia clínica electrónica que usa Hamm Clinic. Tanto usted como su proveedor de telesalud pueden interrumpir la consulta si los servicios de telesalud no se adaptan a su situación en ese momento. Asimismo, su profesional sanitario podrá interrumpir los servicios de telesalud si determina que usted se beneficiaría más de los servicios en persona.

Política de asistencia

Al igual que con todos los servicios sanitarios, es importante que asista a todas las citas programadas. En caso de que sea necesario cancelar una cita, Hamm Clinic exige un preaviso de 48 horas para la cancelación de citas de psiquiatría o de valoración psicológica y de 24 horas para las citas de psicoterapia.

1. Terapia: Si no asiste o cancela con retraso (con menos de 24 horas de antelación) 3 citas seguidas, le cerraremos su historia clínica de los servicios de terapia en Hamm. Puede comunicarse con la clínica para solicitar que se le agregue a la lista de espera para los servicios.
2. Psiquiatría: Si no asiste o cancela con retraso (con menos de 48 horas de anticipación) 3 citas seguidas, le cerraremos su historia clínica de los servicios de psiquiatría en Hamm. Le invitamos a conversar con su médico sobre la reanudación de los servicios psiquiátricos.
3. Si no asiste o cancela con retraso 3 de cada 8 citas programadas, le cerraremos su historia clínica del servicio específico. Como se mencionó anteriormente, puede comunicarse con la clínica para solicitar su inclusión en la lista de espera de servicios.

Derechos de los pacientes

- Ser tratado con dignidad, respeto y cortesía por profesionales cualificados y competentes.
- Recibir la misma consideración que cualquier otra persona independientemente de su raza, etnia, creencias, género, nacionalidad, fuente de pago, edad, religión, discapacidad o preferencia sexual o afectiva.
- A que se le informe de las opciones, beneficios y riesgos relacionados con el tratamiento y a dar su consentimiento para el tratamiento en Hamm Clinic
- Participar con el profesional sanitario en la definición de las necesidades y en la determinación de un plan de tratamiento u objetivo
- A que respeten la singularidad de su fe religiosa, filosofía social y antecedentes culturales.
- A no estar de acuerdo con el profesional y a expresar sus inquietudes abiertamente sobre cualquier parte del plan de tratamiento, ya sea verbalmente o por escrito.
- A recibir razones específicas para la derivación, transferencia o finalización de los servicios.
- A no sufrir explotación en beneficio o ventaja del proveedor.
- A negarse a recibir el tratamiento o los servicios recomendados y a que el proveedor le informe de las consecuencias de su negativa.

Responsabilidades de los pacientes

- Participar activamente en el tratamiento o plan de objetivos
- Avisar con 24 horas de antelación si no puede asistir a una cita; 48 horas para las citas de psiquiatría
- Respetar los derechos de privacidad de otras personas que reciben servicios de Hamm Clinic

Información de contacto actualizada

Es importante que en Hamm Clinic dispongamos de su teléfono, dirección y correo electrónico actualizados y exactos para que podamos ponernos en contacto con usted en caso de que haya cambios en sus citas o si necesita

cualquier otra información importante. Le rogamos que informe al personal lo antes posible sobre cualquier cambio en su dirección, correo electrónico, domicilio o número de teléfono celular.

Política de conservación de registros

Los archivos de los clientes se almacenarán con seguridad de acuerdo con HIPAA y otras leyes estatales y federales aplicables. Los expedientes permanecerán en Hamm Clinic hasta que transcurran diez años, y entonces se destruirán de forma segura.

Los registros se divulgan en determinadas circunstancias según lo disponga un tribunal, según lo exija la ley o según lo autorice cada paciente. Para más información sobre el acceso a sus registros, comuníquese con su proveedor.

Protección de datos y acceso a los registros

Hamm Clinic mantiene información sobre los clientes que reciben servicios. La mayoría de esta información o datos están protegidos por leyes federales y/o estatales. Estas políticas entran en vigor a partir del 20 de diciembre de 2022.

Usted tiene derecho a:

- Que se le informe de la finalidad de la recopilación de sus datos y del uso previsto de los mismos por parte de Hamm Clinic.
- Recibir información sobre la posibilidad de negarse a facilitar información a Hamm Clinic y sobre si es obligatorio legalmente que lo haga o no.
- Recibir información sobre las posibles consecuencias de su negativa a facilitar la información solicitada por Hamm Clinic. Es posible que la información sea importante para que Hamm Clinic pueda prestarle asistencia, por lo que la negativa a facilitar la información puede limitar o impedir que Hamm Clinic le preste asistencia.
- Que se le informe sobre la identidad de otras personas o entidades autorizadas por la ley estatal o federal a recibir los datos, si las hubiere. Usted tiene derecho a que se mantenga la privacidad de sus registros, y a que solamente tengan acceso a ellos el personal apropiado de Hamm Clinic y (posiblemente) los empleados apropiados de las unidades gubernamentales si usted estuviera participando en algún programa que reciba fondos de la ciudad, condado, estado o federales, a menos que la ley exija su divulgación.
- A que su profesional sanitario revise la información de su expediente y a que le explique su significado.

La información se utilizará de las siguientes maneras:

- explorar la utilidad de los servicios de Hamm Clinic para usted
- darle los resultados de cualquier prueba o evaluación en un lenguaje que pueda entender
- determinar los planes y objetivos del tratamiento
- comprender los posibles resultados y efectos secundarios de los servicios
- anticipar la duración prevista y el coste de los servicios

Excepciones a la confidencialidad

No se podrá mantener o no se mantendrá la confidencialidad de la información en las siguientes circunstancias:

1. Según la sección 626.556 de los Estatutos de Minnesota, todos los organismos de servicios sociales y su personal deben informar sobre:
   a. todo incidente o sospecha de negligencia, maltrato físico o sexual o daños psíquicos a menores a los Servicios de Protección de Menores. (Respetamos su privilegio de informar personalmente de cualquier incidente antes de que nosotros lo hagamos).
   b. todo tipo de maltrato hacia adultos vulnerables, según lo dispuesto en la Ley de Adultos Vulnerables (sección 626.557 de los Estatutos de Minnesota).
2. Si las leyes federales exigen la divulgación de la información.
3. Si usted firma un consentimiento para la divulgación de la información.
4. Si hay una orden judicial que exija la divulgación de la información o si la divulgación es obligatoria por ley.
5. Si el personal de este organismo, debido a sus tareas laborales, tiene necesidad de acceder a la información.
6. Si se envían datos agrupados (sin identificar a los clientes por su nombre o información de contacto y de conformidad con las normas de "desidentificación" de la HIPAA) a organismos comunitarios, fuentes de financiación y con fines de investigación y formación.
7. Si se le exige someterse a tratamiento por parte de los tribunales (es decir, por orden judicial, libertad condicional, servicios de protección de menores o libertad bajo palabra), Hamm Clinic enviará informes de progreso a la persona de contacto asignada.
8. Para tratar de salvar su vida o la de otra persona, Hamm Clinic hará todo lo posible para la prevención de suicidios u homicidios. Asimismo, Hamm Clinic se pondrá en contacto con la policía y/o con la presunta víctima en cualquier caso en el que tengamos razones para temer por la seguridad o el bienestar de alguien.
9. Todas las demás agencias o personas deben tener una orden judicial para acceder a la información del cliente.

En caso de modificaciones a este Aviso, se entregarán a los nuevos y actuales pacientes en su próxima consulta, a través del sitio web de la institución o se dispondrá de copias en las instalaciones de la institución.

Se pueden presentar quejas a Hamm Clinic y/o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sin temor a que se tomen represalias por parte de las organizaciones si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de los datos o los derechos de privacidad del paciente, puede comunicarse con el Director de Servicios Clínicos. Puede presentar sus quejas a la Oficina de Derechos Civiles por escrito a través de fax, correo electrónico, el portal de quejas de la OCR o por correo postal a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services 233 N.
Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601

Procedimiento de reclamaciones

Nuestro objetivo y esperanza es que su experiencia en Hamm Clinic sea útil y satisfactoria. En caso de que tenga alguna inquietud o pregunta sobre los servicios que recibe en Hamm Clinic, le rogamos que lo comente con su proveedor. Si lo prefiere, puede pedir hablar con el Director de Servicios Clínicos o con el Director Ejecutivo. En caso de no estar satisfecho con la respuesta que reciba, puede presentar una solicitud por escrito para que se realice una revisión administrativa. Se investigará su queja o inquietud y recibirá una respuesta por escrito de Hamm Clinic en un plazo de 30 días. En la recepción podrá solicitar una descripción por escrito del procedimiento de presentación de quejas. Asimismo, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, División de Licencias, 444 Lafayette Road N., St. Paul, MN 55155.

Acceso a los registros

Los pacientes tienen derecho a consultar su información sanitaria protegida (PHI), con algunas excepciones: En caso de que un proveedor autorizado considere que será perjudicial para el paciente u otras personas, o si la información se recopila en previsión de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para su uso en los mismos. Los pacientes pueden leer la información de su expediente y también pueden obtener copias de esta. Si tiene alguna pregunta sobre las personas que tienen acceso a la información, consulte a su proveedor. Asimismo, los pacientes

pueden solicitar que un profesional de Hamm Clinic les explique la información y pueden solicitar que se realicen correcciones, ampliaciones o correcciones de cualquier información que figure en su historia clínica. Hamm Clinic no tiene la obligación de aceptar hacer las modificaciones solicitadas. En estos casos, la solicitud del paciente irá acompañada de los documentos pertinentes que se entreguen con la debida autorización.

Beneficios y riesgos

Según las investigaciones, el tratamiento de la salud mental puede beneficiar y ayudar eficazmente a las personas a afrontar problemas emocionales, relacionales y de desarrollo. Sin embargo, no es posible garantizar beneficios ni resultados concretos, y existen algunos riesgos. Los tratamientos terapéuticos y psiquiátricos ofrecen un entorno para el procesamiento de cuestiones desagradables, presentes y pasadas, y pueden hacer aflorar sentimientos negativos, como la soledad, la tristeza, la ira y otros. Su profesional le acompañará durante todo el proceso.

Consulta al personal

Para ofrecerle la mejor atención, es posible que los profesionales de Hamm Clinic, entre los que se incluyen el personal, los pasantes y los residentes de psiquiatría, estimen oportuno consultar a otros profesionales sobre un caso. Estas son consultas que se realizan entre su profesional y quien lo supervisa, como así también en reuniones de interconsulta profesional. Es posible que su profesional consulte con otro integrante de nuestro equipo profesional sobre el servicio que le brindamos para garantizar que usted reciba la mejor atención. Asimismo, es posible que los profesionales de Hamm Clinic consulten a otros profesionales externos acerca de los casos de sus pacientes. Al solicitar una consulta externa a Hamm Clinic, nuestros profesionales no revelarán la identidad del paciente.

Grabaciones de audio o vídeo

No se realizará ninguna grabación de audio o video de las sesiones de tratamiento sin el consentimiento por escrito del paciente. Ninguna persona, a excepción del personal de Hamm Clinic o de los consultores clínicos contratados por Hamm Clinic, podrá ver o escuchar las sesiones de tratamiento o las grabaciones de estas, ni leer las transcripciones literales de estas, a menos que cuente con la autorización del paciente.

Investigación y evaluación

Hamm Clinic realiza investigaciones continuas para la evaluación y mejora de nuestro trabajo. En nuestra página web www.hammclinic.org puede consultar información sobre nuestras investigaciones publicadas. Actualmente, utilizamos rutinariamente un instrumento de investigación llamado Cuestionario de Resultados (OQ). Recibirá el OQ durante la primera consulta y, posteriormente, de forma periódica. Su participación en la cumplimentación de este instrumento no es una condición de la terapia. Es voluntaria, pero importante. Al completar este instrumento, usted da su consentimiento para que se utilicen sus calificaciones numéricas y no su información personal para determinar la eficacia de los servicios de Hamm Clinic. Nosotros nos esforzamos por proveer servicios de la más alta calidad posible, y sus comentarios son cruciales para alcanzar esta meta. Apreciamos sus preguntas o comentarios sobre nuestra investigación.

Firma del cliente_____Fecha_____

Información de contacto

Apellido:	**Nombre:**	**Fecha de nacimiento:**
Nombre preferido:	**Correo electrónico:**	
Dirección:	**Ciudad, estado:**	**Código postal:**
Dirección de facturación (si es distinta):	**Ciudad y estado de facturación:**	**Código postal de facturación:**

Teléfono fijo:	**Teléfono móvil:**	**Hamm Clinic envía recordatorios de citas mediante mensajes de texto. Si NO desea recibir recordatorios por mensaje de texto, marque esta casilla.** ☐
¿Permiso para llamadas? S N **¿Dejar mensaje? S N** **¿Identificarnos como Hamm? S N**	**¿Permiso para llamadas? S N** **¿Dejar mensaje? S N** **¿Identificarnos como Hamm? S N**	
Persona de contacto en caso de emergencia médica:	**Consentimiento de contacto en caso de emergencia médica: S N**	**Teléfono:**

Información demográfica (opcional):

Raza:

- ❒ Afroamericana o negra
- ❒ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ❒ Asiática
- ❒ Blanca, no latina
- ❒ Latina o hispana
- ❒ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ❒ Otra raza

Condición de empleo:

- ❒ A tiempo completo
- ❒ A medio tiempo
- ❒ Desempleado
- ❒ Jubilado
- ❒ Estudiante

Ingresos anuales individuales:

- ❒ Menos de $10,000
- ❒ $10,000 - $19,999
- ❒ $20,000 - $29,999
- ❒ $30,000 - $39,999
- ❒ $40,000 - $49,999
- ❒ $50,000 +

Género:

Pronombres:

Orientación sexual:

Situación sentimental:

Identidad étnica/cultural: Reconocemos que las categorías raciales federales que figuran anteriormente son limitantes. Le rogamos escribir a continuación los términos o frases que considere que describen mejor su identidad o identidades étnicas o culturales.

¿Cuál es su máximo nivel de estudios? (Encierre en un círculo)	Secundaria/GED Escuela técnica/profesional Licenciatura Maestría Universidad incompleta Diplomatura Doctorado
Situación militar (Encierre en un círculo)	En servicio Veterano Ninguna

Acuse de recibo de las prácticas de privacidad de la HIPAA

Me han entregado el aviso de prácticas de protección de la intimidad, en el que se describen las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

_____ _____

Firma **Fecha**

Uso exclusivo de la oficina

Número de cuenta del paciente:_____

Fecha de renovación: _____

AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR INFORMACIÓN A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y/O DE ASISTENCIA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES A HAMM CLINIC

Información sobre el seguro principal		
Nombre de la aseguradora:	**Nº de identificación:**	**Nº de grupo:**
Nombre del titular de la póliza:	**Relación con usted:**	
Información sobre el seguro secundario		
Nombre de la aseguradora:	**Nº de identificación:**	**Nº de grupo:**
Nombre del titular de la póliza:	**Relación con usted:**	

Yo,_____(nombre)
Autorizo a Hamm Memorial Psychiatric Clinic a ceder a la(s) aseguradora(s) mencionada(s) anteriormente.

La información que soliciten, incluyendo entre otros: mi nombre y el de la persona asegurada, mi diagnóstico, los servicios que recibo, las personas que brindan y supervisan estos servicios, otra información requerida en el formulario de reclamo del seguro de salud, información del plan de tratamiento, objetivos de la terapia, naturaleza de la terapia, cantidad anticipada de sesiones, informes de progreso incluyendo resúmenes de la terapia, información y resultados de las pruebas psicológicas y cualquier otra información que resulte necesaria para cumplir con los requisitos de la compañía aseguradora o de asistencia médica.

Entiendo que el personal de la aseguradora o de la mutua médica revisará la información y determinará si se cumplen los requisitos para la cobertura de los servicios y/o autorizará los servicios que se reciban en Hamm Clinic. Entiendo que la información divulgada está sujeta a protección como datos privados en la medida en que lo permita la ley y no se divulgará a otros sin mi consentimiento.

Reconozco que Hamm Clinic no puede garantizar la confidencialidad de la información divulgada por ella en virtud de esta autorización, pero tengo la intención de que la aseguradora o la mutua la usen únicamente para determinar si se cumplen los requisitos, autorizar los servicios y autorizar el pago de los servicios. Autorizo a que Hamm Clinic reciba directamente el pago de todas las prestaciones a las que tenga derecho de la aseguradora mencionada anteriormente.

Además, entiendo que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento avisando por escrito a Hamm Clinic, y que en caso contrario caducará el_____. Si no se especifica ninguna fecha, esta autorización expirará automáticamente un año después de la fecha de mi firma.

Entiendo perfectamente todo lo anterior y doy libremente mi consentimiento en este formulario.

_____ _____

Firma del cliente Fecha de firma

_____

Tutor legal (si corresponde)

Acuerdo sobre tasas

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento:_____ ID del paciente: _____

Responsabilidades de pago del cliente

- Todos los copagos son pagaderos al recibir el servicio.
- Todos los montos de coseguro o deducibles son pagaderos mensualmente, al recibir el estado de cuenta de facturación.
- Hay planes de pago disponibles a través del Departamento de Facturación de Hamm Clinic. (651)224-0614

RECOMENDAMOS A LOS PACIENTES QUE SE PONGAN EN CONTACTO CON SUS ASEGURADORAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SUS PRESTACIONES.

Esto no es una garantía de pago por parte de una aseguradora, y los clientes son responsables de todos los saldos que no estén cubiertos por el seguro.

- **Clientes sin seguro o con deducibles altos**
  - Es posible que clientes que no tengan seguro o que tengan deducibles de seguro altos ($4,000 y más) califiquen para nuestra tasa variable en función de los ingresos documentables de la familia y de la cantidad de dependientes. Todos los clientes que reciban la aprobación para los servicios de tasa variable deberán completar una solicitud de tasa variable y proporcionar en forma rutinaria documentación actualizada de sus ingresos familiares. Una vez que Hamm Clinic reciba la solicitud de tasa variable y los comprobantes de ingresos, informará al paciente sobre el costo exacto de los servicios de acuerdo con la Ley contra tarifas sorpresa. En caso de demoras en la provisión de la documentación, es posible que los servicios se facturen a la tasa completa**.**

Cuentas pendientes

Si tiene cuentas pendientes de pago, le recomendamos que lo comente con el especialista en facturación. Para que podamos seguir prestándole nuestros servicios, será necesario que establezca un plan de pagos y que lo cumpla. Si no se acuerda un plan de pagos, las cuentas pendientes pueden ser objeto de suspensión o cancelación de los servicios.

Certifico que la información que he facilitado relativa a las finanzas y los seguros es veraz y exacta a mi leal saber y entender.

_____ _____/_____/ 20_____

Firma Fecha

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. **Su seguridad es muy importante para nosotros. En caso de emergencias en la que peligre su vida, llame al 911 para recibir asistencia inmediatamente.**

2. En caso de empeoramiento de sus síntomas o de que no pueda dejar de pensar en autoinfligirse daño, de infligirle daño a alguien más, o si está planificando específicamente cómo hacerse daño a sí mismo o a terceros, y tiene cómo acudir de manera segura a una sala de urgencias, le rogamos que acuda a la sala de urgencias para una evaluación, que le pida a un amigo o familiar que le lleve a urgencias, o que llame al **911** para solicitar que le lleven ahí.

   A continuación, encontrará los hospitales en el área metropolitana que cuentan con unidades de salud mental para adultos y de abuso de sustancias:

   a) United Hospital: 333 North Smith Avenue, St. Paul, MN/ Teléfono: 651-241-8000
   b) Fairview University Medical Center: 2450 Riverside Avenue South, Minneapolis/ Teléfono: 612-273-6402
   c) Abbot Northwestern Hospital: 800 East 28th St., Minneapolis/ Teléfono: 612-863-4233
   d) Regions Hospital: 640 Jackson St., St. Paul/ Teléfono: 651-254-3456

   Ramsey County Substance Abuse Detox Services: 402 University Ave, St. Paul/ Teléfono: 651-266-4009

3. **Horario de trabajo de Hamm Clinic:**
   Lunes y martes de 8:00 am a 8:00 pm; miércoles y jueves de 8:00 am a 6:00 pm; viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Cerramos los fines de semana y los días festivos.
   Contestamos el teléfono de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm. **651-224-0614**

4. **Línea de crisis 24 horas:** Los condados de Ramsey, Hennepin, Dakota, Washington y Scott cuentan con equipos móviles de crisis que brindan servicios de estabilización, desescalada, intervención en caso de crisis, evaluaciones de salud mental y planes iniciales de crisis. Estos funcionan 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted solo debe explicar su emergencia de salud mental y un profesional de la salud mental le ayudará.

   En caso de emergencias en la que peligre su vida, llame al 911 para recibir asistencia inmediatamente.

   1-800-275-8255 (Línea directa nacional contra el suicidio)
   651-266-7900 (Línea de crisis del condado de Ramsey)
   612-596-1223 (Línea de crisis del condado de Hennepin)
   952-891-7171 (Línea de crisis del condado de Dakota)
   651-275-7400 (Línea de crisis del condado de Washington)
   952-818-3702 (Línea de crisis del condado de Scott)

5. **Línea para mensajes de texto en todo el estado:** 741741 o **988**

6. **Línea directa contra el abuso doméstico de Minnesota:** 1-866-223-1111

[ ] Historia médica y de personal
[ ] Revisión psiquiátrica y sistemática

FORMULARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES Y MÉDICOS

Nombre del paciente:_____Número de cuenta: _____

Fecha de nacimiento:_____Fecha de hoy:_____

** Rellene la información que conozca o tenga a mano.*

Información sanitaria

¿Cuál es su médico/clínica de cabecera? _____
¿Cuándo fue su último chequeo/consulta? _____

Indique todos los medicamentos que toma actualmente
**Indique todos los medicamentos:*
Vitaminas y suplementos: *Medicamentos psiquiátricos, si corresponde*

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

¿Es alérgico(a) a algún medicamento? **S** **N**
Si lo sabe, escríbalo _____
_____

¿Padeció alguna enfermedad grave durante la niñez? **S** **N**
_____
_____

¿Ha padecido enfermedades o infecciones durante la adultez? **S** **N**
_____
_____

¿Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas? **S** **N**
_____
_____

¿Antecedentes familiares de enfermedad? **S** **N**
_____
_____

Cuestionario CAGE-AID

Nombre_____Fecha_____

En cuanto al uso de drogas, le rogamos incluir el uso de drogas ilegales y de medicamentos recetados de manera distinta a la prescrita.

En los últimos seis meses:

1. ¿Ha sentido la necesidad de reducir su consumo de alcohol o drogas? Sí No

2. ¿Le ha molestado que otras personas critiquen su consume de drogas o alcohol?

   Sí No

3. ¿Se ha sentido mal o culpable debido a su consumo de drogas o alcohol?

   Sí No

4. ¿Alguna vez ha bebido o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o aliviar la resaca?

   Sí No

Permiso de uso concedido por Richard Brown, MD

Escala de síntomas somáticos - 8 (SSS-8)

Nombre_____Fecha _____

Durante los últimos 7 días, ¿en qué medida le ha molestado alguno de los siguientes problemas?					
	Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho
Problemas estomacales o intestinales	0	1	2	3	4
Lumbalgias	0	1	2	3	4
Dolor en los brazos, piernas o articulaciones	0	1	2	3	4
Cefaleas	0	1	2	3	4
Dolor en el pecho o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
Mareos	0	1	2	3	4
Sensación de cansancio o fatiga	0	1	2	3	4
Dificultades para dormir	0	1	2	3	4

Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, & Löwe B. (2014). La Escala de Síntomas Somáticos-8 (SSS-8): Una medida breve de la carga de síntomas somáticos. *JAMA Internal Medicine*, *174*(3), 399–407.

Nombre_____Fecha _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas? *(Marque sus respuestas con"✔")*	**Nada**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Pérdida de interés o placer al hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de desánimo, depresión o desesperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o fatiga	0	1	2	3
5. Inapetencia o ingesta excesiva de alimentos	0	1	2	3
6. Sensación de malestar consigo mismo, de ser alguien fracasado o de haberse defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Dificultad para la concentración, como para leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se mueve o habla tan despacio que los demás se han dado cuenta? O lo contrario: ha tenido mucha inquietud o se ha movido mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Creencia de que sería mejor que estuviese muerto o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3

PARA LA CODIFICACIÓN DE OFICINA ***0*** **+**_____**+**_____**+** _____

=Total: _____

Si marcó algún problema, ¿en qué medida le han dificultado estos problemas su trabajo, las tareas domésticas o relacionarse con otras personas?

En nada	**Un poco**	**Mucho**	**Demasiado**
☐	☐	☐	☐

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc.

No se necesita permiso para su reproducción, traducción, presentación o distribución.

Outcome Questionnaire (OQ®-45.2) **Nombre:**_____ **Fecha:**____/_____/_____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender cómo se ha estado sintiendo, básese en los últimos siete días, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y seleccione la categoría que mejor describa su situación actual. En este cuestionario el término "trabajo" se refiere al empleo, la escuela, el hogar, el trabajo voluntario, etcétera. No haga ninguna marca en los espacios sombreados.

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Con Frecuencia	Casi Siempre
1. Me llevo bien con los demás	O	O	O	O	O
2. Me canso rápidamente	O	O	O	O	O
3. Nada me interesa	O	O	O	O	O
4. Me siento estresado en el trabajo/escuela	O	O	O	O	O
5. Me siento culpable	O	O	O	O	O
6. Me siento irritado	O	O	O	O	O
7. No me siento contento con mi matrimonio/pareja	O	O	O	O	O
8. He pensado en quitarme la vida	O	O	O	O	O
9. Me siento débil	O	O	O	O	O
10. Me siento atemorizado	O	O	O	O	O
11. Después de tomar muchas bebidas alcohólicas, necesito tomar un trago a la mañana siguiente. (Si Ud. no bebe, marque "nunca".)	O	O	O	O	O
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/la escuela	O	O	O	O	O
13. Soy una persona felíz	O	O	O	O	O
14. Trabajo/estudio demasiado	O	O	O	O	O
15. Siento que no valga nada	O	O	O	O	O
16. Me preocupan los problemas de familia	O	O	O	O	O
17. Mi vida sexual no me llena	O	O	O	O	O
18. Me siento solo	O	O	O	O	O
19. Discuto con frecuencia	O	O	O	O	O
20. Me siento querido y que se me necesita	O	O	O	O	O
21. Disfruto mi tiempo libre	O	O	O	O	O
22. Se me hace dificil concentrarme	O	O	O	O	O
23. No tengo esperanza alguna en el futuro	O	O	O	O	O
24. Estoy contento conmigo mismo	O	O	O	O	O
25. Tengo pensamientos perturbadores de los que no me puedo deshacer	O	O	O	O	O
26. Me molestan las personas que me critican porque tomo (o uso drogas). (Si no bebe ni usa drogas, marque "nunca".)	O	O	O	O	O
27. Tengo malestares estomacales	O	O	O	O	O
28. No trabajo/estudio tan bien como lo hacía	O	O	O	O	O
29. Mi corazón palpita demasiado	O	O	O	O	O
30. Se me hace dificil llevarme bien con mis amigos y conocidos	O	O	O	O	O
31. Estoy satisfecho con mi vida	O	O	O	O	O
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si no bebe ni usa drogas, marque "nunca".)	O	O	O	O	O
33. Siento que algo malo va a ocurrir	O	O	O	O	O
34. Tengo los músculos adoloridos	O	O	O	O	O
35. Las áreas espaciosas, el manejar, el estar dentro de un camión o, el metro etcétera, me atemoriza.	O	O	O	O	O
36. Me siento nervioso	O	O	O	O	O
37. Mis relaciones con mis parejas me satisfacen plenamente	O	O	O	O	O
38. Siento que no me va bien en el trabajo/la escuela	O	O	O	O	O
39. Tengo demasiadas desavenencias en el trabajo/ la escuela	O	O	O	O	O
40. Siento que algo anda mal con mi mente	O	O	O	O	O
41. Se me hace dificil dormirme, o no me puedo quedar dormido	O	O	O	O	O
42. Me siento deprimido	O	O	O	O	O
43. Mis relaciones con otros me satisfacen	O	O	O	O	O
44. Siento suficiente enojo en el trabajo/la escuela como para hacer algo delo que me podria arrepentir	O	O	O	O	O
45. Me dan dolores de cabeza	O	O	O	O	O

Developed by
Michael J. Lambert, Ph.D. and
Gary M. Burlingame, Ph.D.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.
All Rights Reserved.
License Required For All Uses

For More Information Contact:

AMERICAN PROFESSIONAL CREDENTIALING SERVICES LLC
PO Box 970354
Orem, Utah 84097-0354

E-MAIL:
APCS@OQFAMILY.COM

WEB:
WWW.OQFAMILY.COM
TOLL-FREE: 1-888-MH SCORE, (1-888-647-2673)
FAX: 1-801-434-9730

Autorización previa para la divulgación de información sanitaria protegida

Nombre_____ **Fecha de nacimiento**_____
Primer nombre Segundo Apellido Día/Mes/Año

Divulgación de información: DE o **A** (marque una):

Hamm Clinic
10 River Park Plaza, Suite 710
St. Paul, MN 55107
Telf: 651-224-0614
Fax: 651-224-5754

Divulgación de información: DE o **A** (marque una):

Persona u organización: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/CP: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

*** Autorizo a las partes indicadas anteriormente a mantener un intercambio continuo de información, incluyendo consultas verbales durante mi tratamiento:** **SÍ** o **NO** (marque una)

Objeto de la divulgación:

☐ Tratamiento/cuidados continuados ☐ Personal ☐ Legal
☐ Otro (especifique) _____

Información a divulgar:

☐ Evaluación diagnóstica
☐ Evaluación psicológica
☐ Información médica
☐ Evaluación psiquiátrica
☐ Notas de progreso
☐ Resumen del tratamiento (cierre)
☐ Otra (especifique) _____

Autorizo la divulgación de la información indicada anteriormente. Esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas en virtud de esta. La revocación debe hacerse por escrito al profesional o centro informante. Hamm Clinic no condicionará el tratamiento a mi firma de la autorización. La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a otra divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley. Comprendo que la información a divulgar puede incluir registros relacionados con tratamientos conductuales y/o de salud mental, alcoholismo y drogadicción, VIH/SIDA y genética. Es posible que me cobren por las copias según la ley estatal.

Deseo recibir una copia de esta autorización: **SÍ** o **NO** (marque una)

Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma, salvo que se indique lo contrario o que yo indique aquí una fecha o acontecimiento anterior: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del signatario (si no es el paciente): _____

Indique su autoridad legal para firmar y proporcione la documentación acreditativa de ello.