



ABC Therapy LLC

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (Por favor complete solo con tinta negra)

Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social #
Día de nacimiento	Edad	Correo electrónico :		Número del telefono celular #
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Estado civil (circule uno) Soltero Casado Divorciado Viudo		Sexo (circule uno) Hombre Mujer		Empleador/ Nombre de la Escuela- Niño(a)
Contacto de Emergencia (Aparte de alguien que vive con Usted.)			Relación contigo	Número de Telefono #

PARTE RESPONSABLE/TUTOR. (cónyuge o padre, si es una Parte responsable diferente)

Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Numero telefonico-casa #	Número telefonico -Trabajo #
Empleador/ Empresa	Dirección de la empresa			Día de nacimiento	
Relación con el paciente		Ocupación del Paciente	Departamento/Division	Número de seguro social #	

INFORMACIÓN PRIMARIA DEL SEGURO (si corresponde)

Nombre de la compañía		Dirección postal de reclamaciones. Ciudad. Estado.Código postal		# Teléfono
Número de identificación	Nombre y número del grupo	Persona asegurada	Fecha de nacimiento	
Fecha de vencimiento	Deducible / Copago Información	El deducible ya ha sido completado?	Relación con el paciente	
Número de identificación del seguro adicional		Número de identificación		

INFORMACIÓN SECUNDARIA DEL SEGURO (si corresponde)

Nombre de la compañía		Dirección postal de reclamaciones. Ciudad. Estado.Código postal		# Teléfono
Número de identificación	Nombre y número del grupo	Parte asegurada	Fecha de nacimiento	
Fecha de vencimiento	Deducible / Copago Información	El deducible ya ha sido completado?	Relación con el paciente	
Número de identificación del seguro adicional		Número de identificación		

Por la presente garantizo el pago de todo el saldo del paciente mencionado anteriormente. Autorizo el tratamiento del paciente mencionado anteriormente. Asigno y autorizo el pago de beneficios médicos directamente a ABC Therapy y / o sus representantes. Autorizo la divulgación de cualquier información, incluidos los registros médicos confidenciales, solicitados por las compañías de seguros, pagadores o agencias gubernamentales en relación con esta asignación. Para cancelar una cita, el paciente antes mencionado debe notificar a ABC Therapy al menos 24 horas antes de la cita programada, o de lo contrario, será responsable de pagar una tarifa de cancelación de \$ 30.00. Si el paciente mencionado anteriormente no asiste a una cita, será responsable de pagar una tarifa de \$ 30.00 por cita perdida. Estoy de acuerdo en cumplir con mi obligación financiera con el programa, incluidos los honorarios de cobro y los honorarios legales. He leído, entiendo y acepto la divulgación descrita, la política financiera, varias versiones y garantías.

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____



ABC THERAPY

FORMA DE DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	
Empresa/Patrón:		Propiedad (si casino/unión)	
INFORMACION DEMOGRAFICA			
Sexo	Origen étnico	Referido Por	Supo de EAP
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Información no disponible ☐ Afro-Americano ☐ Asiático/Isla del Pacífico ☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Otro	☐ Información no disponible ☐ Auto Referido ☐ Gerente / Supervisor ☐ Medica ☐ Recursos Humanos ☐ Otro	☐ Información no disponible ☐ Información por Correo ☐ Literatura / Póster ☐ Sesión de Entrenamiento ☐ Por un Familiar ☐ Compañero de Trabajo ☐ Empresa / Patrón ☐ Personal de Recursos Humanos
Turno de Trabajo	Problemas en el Trabajo	Ocupación / Trabajo	Antigüedad en el Trabajo
☐ No Disponible ☐ Diurno ☐ Variable ☐ Nocturno ☐ Rotativo ☐ Otro	☐ Información no disponible ☐ Absentismo ☐ Retrasos ☐ Violación de Seguridad /Accidente ☐ Intoxicación ☐ Discriminación ☐ Calidad / Cantidad de Trabajo ☐ Infracción / Políticas de la Empresa ☐ Ninguna / No Aplica	☐ Información no disponible ☐ Administrativo / Gerencial ☐ Profesional / Técnico ☐ Ventas / Mercadotecnia ☐ Oficinista ☐ Operaciones / Mantenimiento ☐ Otro	☐ Información no disponible ☐ Menos de 1 año ☐ 1 - 4 Años ☐ 5 - 14 Años ☐ 15 - 24 Años ☐ 25 años ó más
Parentesco	Nivel de Educación		Estado Civil
☐ No Disponible ☐ Sí Mismo ☐ Esposo (a) ☐ Hijo (a) ☐ Otro Dependiente	☐ Información no disponible ☐ K-12 ☐ Maternal ☐ Algo de High School	☐ High School GED ☐ Algo de Universidad ☐ Graduado de Universidad ☐ Postgrado	☐ Información no disponible ☐ Casado (a) ☐ Nunca Casado (a) ☐ Separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre
PROBLEMAS PRESENTES - Seleccione todos los que apliquen			
☐ Alcohol ☐ Trastornos de Alimentación ☐ Apuestas ☐ Drogas Ilegales ☐ Medicamentos por receta medica ☐ Ansiedad ☐ Enojo ☐ Comportamiento / Conducta ☐ Depresión ☐ Duelo / Pérdida ☐ Problemas de Aprendizaje	☐ Trastorno por estrés postraumático ☐ Problemas Sexuales ☐ Estrés / Desgaste ☐ Trauma ☐ Abuso / Negligencia ☐ Cuidado de Dependientes ☐ Familia / Hijos ☐ Maritales / Relaciones ☐ Lugar de Trabajo / Compañeros ☐ Lugar de Trabajo / Supervisor ☐ Financieros	☐ Vivienda (casa) ☐ Legales ☐ Escuela / Educación ☐ Dolor Crónico ☐ Accidente / Trauma ☐ Muerte de Compañero de Trabajo ☐ Muerte de Familiar / Persona Cercana ☐ Fraude ☐ Enfermedad Grave / Incapacidad en la Familia	



ABC Therapy, LLC

Las Vegas 702-598-2020, Henderson 702-568-5971

Pahrump 775-727-9749 Mesquite 702-346-3344

Abc1@lvcoxmail.com www.abctherapy.net

Confidencialidad

La confidencialidad de los registros de clientes de violencia doméstica, salud mental y adicciones que asisten a este programa está protegida por las leyes y regulaciones federales. En general, el programa no puede revelar a ninguna persona fuera del programa al que usted asiste o divulgar cualquier información que identifique su participación como cliente de violencia doméstica, salud mental y/o a menos que:

- A. El cliente da su consentimiento por escrito y especifica a quién y qué información se divulgará.
- B. La divulgación está permitida por una orden judicial.
- C. La divulgación se hace al personal médico en caso de una emergencia médica o al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.

La Ley y los Reglamentos federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un cliente en el Programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito.

Las Leyes y Regulaciones Federales no protegen ninguna información sobre la sospecha de abuso o negligencia de menores de edad o ancianos por el hecho de ser reportados por las leyes estatales o locales según corresponda.

La violación de esta Ley y Reglamento Federal es un delito. Las violaciones sospechosas pueden ser reportadas a las autoridades correspondientes de acuerdo con las regulaciones federales. (Consulte 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para las leyes federales y 42 CFR Parte 2 para regulaciones federales).

He leído o me han leído las declaraciones anteriores con respecto a las leyes de confidencialidad

Firma del Cliente

Fecha



ABC Therapy, LLC

Las Vegas 702-598-2020, Henderson 702-568-5971

Mesquite 702-346-3344 & Pahrump 775-727-9749

Abc1@lvcoxmail.com www.abctherapy.net

Política de retención de registros médicos

POLÍTICA de retención de registros médicos-SB 17 es un acto relacionado con la retención y destrucción de registros de atención médica; disposiciones en el proyecto de ley estipulan que los registros de atención médica de los consumidores que reciben servicios deben ser retenidos por un período de al menos cinco (5) años, o más, según lo requiera la ley federal; SAPTA requiere seis (6) años para cumplir con la HIPAA. Los registros de los consumidores menores de 23 años están prohibidos de ser destruidos hasta que alcancen la edad de 23; y, exigir que ciertas divulgaciones relativas a la destrucción de registros sean proporcionadas a los consumidores.

Me _____ acuse de recibo de una copia para firmar la política de retención de registros médicos. De acuerdo con las disposiciones de la SB17 de la sesión 2009, los registros de atención de salud de un consumidor menor de 23 años de edad no pueden ser destruidos. Los registros pueden ser destruidos si se conservan durante al menos 6 años después de que la persona haya cumplido los 23 años de edad.

Cliente Firma

Fecha

Personal de terapia ABC

Fecha



ABC THERAPY, LLC
Las Vegas 702-598-2020, Henderson 702-568-5971
Mesquite 702-346-3344 & Pahrump 775-727-9749
Abc1@lvcoxmail.com www.abctherapy.net

Formulario de consentimiento de Menores

Yo (Nosotros) tenemos el derecho legal de autorizar a _____ para administrar la terapia a mis (nuestros) hijos (s) que figuran como parte del tratamiento médico/ salud mental que mis (nuestros) hijos tienen derecho a bajo la ley de Nevada

Nombre de los niños (por favor escriba el nombre)

Fecha de nacimiento

Bajo la Ley de Nevada, se reconocen los siguientes acuerdos de custodia:

Custodia legal conjunta: ambos padres comparten igualmente los derechos y la responsabilidad de tomar decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar del niño. Si los padres no pueden ponerse de acuerdo sobre tales decisiones, los padres generalmente regresan a la mediación para ver si pueden resolver su diferencia y si no pueden resolverlos a través de la mediación, el asunto se presenta al tribunal para la decisión final. Ambos padres tienen el mismo derecho de evaluar los registros médicos/salud mental de tratamiento y los registros escolares.

Custodia legal Exclusiva: solo uno de los padres tiene el derecho y la responsabilidad de tomar todas las decisiones sobre la salud, la educación y el bienestar de los niños, sin ninguna aportación del padre sin custodia.

Esto significa que los padres que están casados entre sí tienen el mismo derecho a consentir la atención médica/salud mental para el / los hijo (s) de ese matrimonio y tienen custodia legal conjunta, y solo se requiere el consentimiento de uno de los padres para proporcionar tratamiento. Incluso cuando los padres están divorciados o nunca estuvieron casados, normalmente la ley exige el consentimiento de un solo padre si tienen la custodia legal. Solo en casos raros, uno de los padres tiene la única custodia legal de los hijos.

Yo (nosotros), por la presente, hemos leído y entendido el contenido del documento, que entra en vigencia a partir del _____ día de _____, 20_____.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del Personal de ABC Therapy

Fecha



ABC Therapy LLC

AVISO DE HIPAA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo ABC Therapy LLC, sus socios y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pago y/o atención médica (TPO) y para otros fines que están permitidos o requeridos por la ley. También describe su derecho a obtener y controlar su información médica. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

UTILIZACIONES Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su consejero, nuestro personal de oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de tratamiento, para pagar sus facturas de tratamiento, para apoyar el funcionamiento de la práctica clínica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico de salud mental al que usted ha sido referido, tribunales de la ley, cortes de drogas, su proveedor médico, administradores de casos, etc., para asegurarse de que el proveedor tenga la información necesaria para una atención médica para diagnosticar o tratar.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios.

Podemos usar una hoja para firmar en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su consejero. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su consejero esté listo para verlo.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su cita, e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Según lo exija la ley. Estas situaciones incluyen: cuestiones de salud pública, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, aplicación de la ley, médicos forenses, directores funerarios, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, accidentes de trabajadores, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos.

Bajo la ley, debemos hacer le divulgaciones a su solicitud. Además, también debemos divulgar su información médica protegida cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos bajo la Sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se harán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que lo exija la ley. Sin su autorización, estamos expresamente prohibidos a usar o divulgar su información médica protegida con fines de marketing.

No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. Tampoco podemos usar ni divulgar las notas de psicoterapia contenidas en su información médica protegida. No usaremos ni divulgaremos de su información médica protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción.

Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que el Tribunal de Drogas haya tomado una acción en base al uso o divulgación indicado en la autorización.

SUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información médica protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica (pueden aplicarse cargos)- De acuerdo con su solicitud por escrito, usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información médica, ya sea en papel o en formato electrónico.

Sin embargo, según la ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información cumplida en anticipación razonable de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o compilada con información médica protegida restringida por ley, información relacionada con la investigación médica en la que usted ha aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o lesión a usted o a otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad. Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica. También puede solicitar que no se divulgue parte de su información médica protegida a familiares o amigos que puedan participar en su cuidado o con fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Su solicitud debe indicar específicamente la restricción solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su consejero no divulgará información médica protegida a su seguro médico de salud con respecto a la atención médica por la que usted ha pagado en efectivo y por su propia cuenta.

Usted tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de ser usada para medios alternativos o en otras locaciones.

Usted tiene derecho a solicitar una enmienda a la información médica – si negamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con el uso y podemos preparar una impugnación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha impugnación.

Usted tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones – Tiene derecho a recibir un resumen de divulgaciones, en papel o electrónicas, excepto por divulgaciones: de conformidad con una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de la solicitud.

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso si así lo desea. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También haremos copias disponibles de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

Quejas

Usted puede quejarse contra nosotros al Secretario de Salud y Servicios Humanos del estado si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPPA. ABC Therapy no tomara s represarías contra usted por presentar una queja.

OFICINA DE CUMPLIMIENTO DE HIPPA: (KIMBERLY S. LANDERO, LMFT, LCADC)

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida y proporcionar a las personas con dicha información. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Si tiene alguna pregunta en referencia al formulario, por favor solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPPA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Por favor, firme a continuación. Tenga en cuenta que al firmar este formulario sólo está reconociendo que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente

Fecha



ABC THERAPY, LLC

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER SERVICIOS

Soy voluntario para participar en el programa de ABC Therapy (Terapia).

Yo soy el padre/tutor legal de la persona que ha sido nombrada para participar en el programa de ABC terapia.

Otorgo permiso con el entendimiento/reconocimiento de ABC Therapy (Terapia) como un programa de consejería cuyo objetivo es facilitar relaciones de calidad y saludables. Acepto la responsabilidad de trabajar hacia este objetivo participando en cualquier actividad que, a discreción del equipo clínico, trabaje para alcanzar los objetivos planteados.

Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre:

- a) la naturaleza y las consecuencias de la recomendación para el tratamiento
- b) los riesgos, beneficios y propósitos razonables de las recomendaciones de tratamiento disponibles;
- c) cualquier recomendación alternativa para el tratamiento disponible para mí.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a todas y cada una de las partes de la recomendación para el tratamiento y la remisión, por escrito, en cualquier momento.

Acepto que los representantes de ABC Therapy (Terapia) estén libres de: la responsabilidad de cualquier dano que pueda ocurrir al menor mencionado(a) anteriormente o a mí mismo, mientras que estoy en las instalaciones de ABC terapia o que haya sufrido una lesión que podría ocurrirme, mientras estoy siendo dirigido(a) por un representante de ABC Therapy a o desde el programa o cualquier actividad; o lesiones o daños sufridas al participar en cualquier función del programa de ABC Therapy.

Acepto la responsabilidad por el pago de cualquier daño que se haga a la propiedad o persona por el mencionado cliente/asiste al programa de terapia ABC.

Este permiso y acuerdo de ninguna manera implica que el poder notarial se concede a la terapia ABC ni la terapia de ABC asume tal poder notarial.

Cliente Firma

Fecha

Terapia ABC Personal

Fecha



730 N. Eastern Ave., Ste. 130
Las Vegas, NV 89101
Phone: 702.598.2020
Fax: 702.598.2018

Consentimiento para que un Interno Diagnostique, Evalúe y Trate al Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Internos (Consejeros Clínicos con Licencia)

Antes de de obtener la licencia como Consejero Clínico con Licencia en el Estado de Nevada, los individuos deben completar un programa de prácticas en un entorno clínicamente aprobado.

ABC Therapy es un entorno clínicamente aprobado, que utiliza internos para diagnosticar, evaluar y tratar clientes de ABC Therapy.

Un supervisor en nuestras instalaciones, aprobado por el Estado de Nevada, supervisa el trabajo de los internos.

Los internos están obligados a mantener la confidencialidad de los clientes, requerido por la ley federal y la ley estatal.

Consentimiento

He leído la información arriba presentada por ABC Therapy, por este medio doy mi consentimiento para que un interno (Consejero Clínico con Licencia) lleve a cabo mis sesiones en ABC Therapy.

Firma del Cliente (incluyendo menores)

Fecha

Firma del Tutor Legal (sí aplica)

Fecha

Personal de ABC Therapy

Fecha

ABC Therapy LLC

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Información solicitada de: ABC THERAPY LLC

Información Divulgada a: _____ I autorizar
y/o consentir _____ a la divulgación de la información comprobada a continuación de los registros de:

NOMBRE: _____ Fecha: _____

Cada artículo o información a liberar debe ser rubricada por el cliente

☐ Resumen de alta	☐ Registros de	☐ Notas de Psico terapia
☐ Historia y Exámenes Físicos	☐ Ordenes del Médico	☐ Notas de grupo
☐ Evaluación psiquiátrica	☐ Diagnóstico informes	☐ Consultación médicos
☐ Planes de tratamiento	☐ Evaluación de ingesta	☐ LAB resultados (UA)

Otro/especificar)
el propósito _____

Esta autorización es efectiva inmediatamente y está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en base a la mismo. Puedo revocar esta liberación por escrito en cualquier momento y sin penalización o denegación de servicios.

Esta autorización expira:

☐ Unasola divulgación ☐ 90 días a partir de la fecha firmada ☐ 1 año a partir de la fecha firmada

Otro _____
(Nota: si el cliente no lo marca o indica, esto expirará en un año a partir de la fecha de la última fecha de servicio)

Se entiende que la política de ABC Therapy LLC es divulgar sólo esa información sobre un cliente o un antiguo cliente, que, a juicio del personal, se considera esencial para los fines para los que se solicita autorización. Esto de ninguna manera binds ABC Therapy LLC para abrir sus registros para la inspección, o para proporcionar de otra manera información que puede violar la política anterior. Los Registros Médicos están protegidos por regulaciones federales, Estatutos y/o Reglamentos Administrativos de Nevada y cualquier divulgación adicional

está prohibida sin el consentimiento de los abajo firmantes. ABC Therapy LLC no puede garantizar que no se produzca n.o de divulgación adicional.

R. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para el beneficio o la inscripción, el pago o la cobertura de los servicios, o la capacidad de obtener tratamiento. B. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información utilizada o divulgada.

C. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a ABC Therapy LLC por escrito, excepto en la medida en que:

1. Se han tomado medidas en función de esta autorización; O

2. Si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza en sí.

D. Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un Aviso de Prácticas de Privacidad de ABC Therapy LLC.

E. Entiendo que en casos de sospecha o conocido maltrato infantil que los proveedores de ABC Therapy LLC Consejería son reporteros obligatorios bajo la ley federal y estatal y es legalmente responsable de reportar dicha información a los Servicios de Protección Infantil. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol / drogas están protegidos bajo las regulaciones federales

F. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol / drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 C. F. R. Pts. 160 & 164 y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en su poder, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Libero además a mi médico, a la agencia y a los empleados de ABC Therapy LLC de cualquier responsabilidad que surja de la divulgación de información a la persona/agencia designada anteriormente.

Fecha	Cliente de firma			
Fecha	Firma	Padre	Guardián	Custodio
Fecha	Firma del Testigo			



ABC Therapy, LLC

Las Vegas 702-598-2020, Henderson 702-568-5971

Pahrump 775-727-9749 Mesquite 702-346-3344

Abc1@lvcoxmail.com www.abctherapy.net

DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de un programa por tratamiento de abuso o dependencia del alcohol o uso de drogas, sus derechos incluyen, pero no son limitados, a lo siguiente

1. Tiene el derecho de tener tratamiento apropiado de acuerdo a sus necesidades.
2. Si el programa recibe fondo del Bureau de Alcohol y Abuso de Drogas, tiene el derecho de tener tratamiento aun si no puede pagar el programa.
3. Si es transferido a otra clínica, tiene el derecho de dar una explicación de la necesidad por ese cambio y cualquier alternativa posible, una excepción puede ser hecha cuando es por razones médicas.
4. Tiene el derecho de llevar copias de expediente clínico a la agencia que lo recibirá.
5. Tiene el derecho de informado de todos los servicios del programa las cuales pueden beneficiar en su tratamiento.
6. Tiene derecho de ser informado del nombre de la persona responsable por coordinación de su tratamiento y de las calificaciones profesionales de los miembros involucrados en su tratamiento.
7. Tiene el derecho de ser informado de su diagnostico, plan de tratamiento, y pronostico.
8. Tiene el derecho de tener la información suficiente para seguir a cualquier tratamiento que le den.
9. Esto incluye una descripción de algún riesgo medico mínimo, y una descripción de las alternativas de tratamiento.
10. Tiene el derecho de ser informado si la agencia propone investigaciones que afectaría en su tratamiento, y el derecho de no querer participar en cualquier investigación.
11. Tiene el derecho examinar su cuenta y recibir una explicación de su cuenta.
12. Tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta lo permitido por la ley y de ser informado de las consecuencias de ese rechazo.
13. Tiene el derecho de recibir cuidado respetuoso y considerado.
14. Tiene el derecho de recibir un cuidado continuo: ser informado de sus citas por tratamiento, los nombres del miembro disponibles al tratamiento, y de cualquier necesidad de continuar el cuidado.

15. Tiene el derecho de pedir cualquier servicio razonable para satisfacer su programa, considerado nuestra habilidad de proveerlo.
16. Tiene derecho de tener acomodaciones seguras, saludables, y confiables.
17. Tiene el derecho de tener tratamiento confidencial. Esto quiere decir, otros como excepciones determinados por la Ley-como los de seguridad pública que toman prioridad sin su consentimiento explícito de hacerlo el programa puede no divulgar informaciones sobre usted, incluyendo confirmación o negación que usted es un paciente.
18. Conceder cualquier derecho civil u otro protegido por la ley no puede ser requerido como una condición del programa.
19. Tiene el derecho de libertad emocional, física, intelectual, o ascoso sexual o abuso.
20. Tiene el derecho de asistir a actividades religiosas de su elección, incluyendo visitas de un consejero espiritual, mientras estas actividades no sean un conflicto con el programa. El programa puede acomodar razonablemente sus actividades religiosas. Asistir y participar en una actividad religioso es solamente un acto voluntario.
21. Tiene el derecho de quejarse sobre las decisiones y las acciones de los miembros de la agencia que usted cree que no son apropiados, incluyendo pero no limitadas a la acciones y decisiones que usted cree que sus derechos han sido violados como paciente. La agencia está obligada a desarrollar una póliza de queja para resolver la queja de los pacientes de manera más rápida y de poner los procedimientos en un lugar donde puedan ser disponibles a usted. Tiene el derecho de ser libre de las consecuencias de estos actos que pueden ir en su contra como consecuencia de una queja hecha.
22. Tiene el derecho de reportar una queja con el Estado de Nevada a la póliza de la queja de la agencia no resuelve su queja a su satisfacción, y el derecho de ser libre de las consecuencias de estos actos que pueden ir a su contra resultado de una queja hecha. Estas quejas pueden se enviadas o puede llamar por teléfono a:

DHHS, Division of Public and Behavioral Health
Bureau of Health Care Quality and Compliance
 727 Fairview Dr., Suite E, Carson City, NV 89071
 Telephone: 775-684-1030, Fax: 775-684-1073 dpbh.nv.gov

23. Tiene el derecho de ser informado de sus derechos como paciente. Los seguidos por la agencia deben estar en un lugar donde sean accesibles para ustedes, y deberá ser informado de esos derechos y de darle una copia tan pronto accesible para comenzar su tratamiento.

Reconocimiento del paciente:

He leído, comprendido los derechos del paciente.

 Firma del paciente

 Fecha

 Firma de testigo (ABC Terapia)

 Fecha



**Cuestionario Confidencial Historia del Niño / Adolescente
(Completed by Parent)**

Nombre Completo (Apellido, Nombre):		Fecha de Nacimiento:
Escuela:		Grado:
Padre (Apellido, Nombre):		
Madre (Apellido, Nombre):		
Fecha de Matrimonio:	Fecha de Divorcio (si aplica):	
Fecha de Fallecimiento de Padre/Madre (si aplica):	Nombre:	
El tutor actual es: ☐ Padres Naturales (arriba) ☐ Padrastro/Madrastra ☐ Padres Suplentes(s) ☐ Padres de Crianza temporal(s) ☐ Otro:		
Nombre del Tutor (si no son padres naturales nombrados arriba):		

Niño / Adolescente Problemas Actuales (marque todos los que correspondan):

- ☐ Trastorno del sueño
- ☐ Alimentación
- ☐ Moja la cama
- ☐ Ensucia la ropa interior
- ☐ Ataques o convulsiones
- ☐ Dificultad del habla
- ☐ Hábitos Compulsivos (ejemplos; tic, morderse Las uñas, jalar el pelo)
- ☐ Inteligencia Limitada
- ☐ Relaciones sociales escasas con otros familiares
- ☐ Relaciones sociales escasas con otros niños
- ☐ Relaciones sociales escasas con otros adultos
- ☐ Resistencia a la autoridad
- ☐ Problemas de aprendizaje
- ☐ Cambios de humor
- ☐ Pensamientos suicidas
- ☐ Gestos suicidas, actos
- ☐ Ansiedades, miedos, fobias
- ☐ Obsesiones (pensamientos repetitivos)

- ☐ Depresión
- ☐ Aislamiento Social
- ☐ Dependencia, aferrado
- ☐ Sospecha, persecución
- ☐ Delirio (ideas falsas)
- ☐ Alucinaciones
- ☐ Enojo, agresividad
- ☐ Actos agresivos
- ☐ Problemas sexuales
- ☐ Problemas con drogas/alcohol
- ☐ Actos antisociales, actitudes
- ☐ Hiperactividad, excitación
- ☐ Tiene dificultades expresando sentimientos y emociones
- ☐ Comportamiento, apariencia, reacciones inapropiadas
- ☐ Otros problemas físicos y emocionales (explique)
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

¿CUANTO TIEMPO HA ESTADO CONCIENTE DE ESTOS PROBLEMAS?

- ☐ Un mes o menos
- ☐ Un año o menos
- ☐ Dos años o menos
- ☐ Años

**¿CON QUIEN A PLATICADO DE ESTOS PROBLEMAS?
PERSONA O LUGAR / NOMBRE / CUANDO**

- ☐ Medico
- ☐ Personal de la Escuela
- ☐ Agencia Social
- ☐ Clínica u otro: _____

(Favor de Completar el Otro Lado)

El embarazo de la madre fue: ☐ Normal ☐ Difícil (explique):

Medicamentos utilizado en el embarazo:	
Favor de marcar si hubo situaciones inusuales del nacimiento: ☐ Tiempo de alumbramiento ☐ Dificultades, ejemplo; ictericia ☐ Necesidad de oxígeno adicional, reanimación ☐ Periodo de tiempo en que la madre pudo ver al bebe ☐ Peso al nacer	
Edad del destete:	¿Problemas al alimentarlo (a)? ☐ No ☐ Si (explique):
Edad aproximada que caminó:	Edad aproximada que habló:
¿Problemas al dormir? ☐ No ☐ Si (explique):	
Comportamientos extraños (ejemplo; golpearse la cabeza, mecerse etc.):	
Edad en que fue entrenado(a) a ir al baño:	
¿Problemas al entrenarlo(a) a ir al baño? ☐ No ☐ Si (explique):	
¿Tiene ahora su hijo(a) miedos o hábitos inquietantes? ¿O los ha tenido anteriormente?	
¿Alguna vez ha tenido el niño(a) una enfermedad larga o accidente graves?	
¿Tiene el niño(a) dificultades en separarse de sus papas, o los ha tenido en el pasado?	

HISTORIAL MEDICO

- 1) Nombre del medico del niño(a): _____
- 2) Fecha aproximada del último examen físico del niño(a): _____
- 3) ¿Ha estado o esta el niño(a) tomado drogas o medicamentos? ☐ No ☐ Si (favor de enlistarlos en la tabla):
- 4) ¿Es el niño(a) alérgico a algún medicamento? ☐ No ☐ Si (favor de enlistar) _____

Nombre del medicamento o droga	Dosis	¿Cuando se inicia?	Medico

Motivo de la medicación o las drogas: _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO SU HIJO(A)- (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)?

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Enfermedades del hígado |
| ☐ Alergias | ☐ Enfermedades de la tiroides |
| ☐ Sangrado poco común | ☐ Dolores de cabeza |
| ☐ Cáncer o tumores | ☐ Embarazo |
| ☐ Lesiones en la cabeza | ☐ tro: _____ |
| ☐ Enfermedades del corazón | ☐ tro: _____ |
| ☐ Reacción a medicamentos | |
| ☐ Enfermedades de los riñones | |



QUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE LA HISTORIA MÉDICA PARA ADOLESCENTES
Para ser llenado por el Adolescente

I. INFORMACION GENERAL			
NOMBRE COMPLETO:			
DIRECCIÓN:			
TELÉFONO CASA:	TELÉFONO TRABAJO:	EDAD:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE Y EDAD DE LA MADRE:		NOMBRE Y EDAD DEL PADRE:	
¿FUE ADOPTADO? ____ SI ____ NO SI AFIRMATIVO, ¿A QUE EDAD?: ____	¿ESTAN SUS PADRES DIVORCIADOS? ____ SI ____ NO ¿SEPARADOS? ____ SI ____ NO	¿TIENE PADRASTO O MADRASTA? ____ YES ____ NO	
NOMBRES Y EDADES DE LOS HERMANOS Y HERMANAS (FAVOR DE INCLUIR HERMANASTROS / HERMANASTRAS Y MEDIOS HERMANOS/HERMANAS)			
ENLISTE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN CASA CON USTED:			
¿ALGUNA VEZ A TENIDO PROBLEMAS CON LA POLICIA? ☐ SI ☐ NO SI AFIRMATIVO, ¿POR QUE?			
II. SALUD			
ENLISTE CUALQUIER PROBLEMA MEDICO QUE HAYA TENIDO (DE SU NACIMIENTO A LA FECHA)			
¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? ☐ SI ☐ NO ¿CUAL (ES)? _____			
¿QUE MEDICAMENTOS TOMA?			
¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR PROBLEMAS MENTALES O EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO? ☐ SI ☐ NO SI AFIRMATIVO EXPLIQUE:			

FAVOR DE MARCAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBE SU EXPERIENCIA CON LOS SIGUIENTES SINTOMAS.

¿Con que frecuencia tiene dificultad para quedarse dormido o mantenerse dormido toda la noche?

- ☐ Casi nunca ☐ Más de una vez por semana
☐ Una vez a la semana ☐ Casi todos los días

Estoy comiendo:

- ☐ Un poco menos de lo usual ☐ Un poco más de lo usual
☐ Mucho menos de lo usual ☐ Mucho más de lo usual
☐ Prácticamente lo mismo

¿Qué tanto disfruta de sus actividades favoritas?

- ☐ Las disfruto como de costumbre
☐ Las disfruto más que antes
☐ Las disfruto un poco menos que antes
☐ Las disfruto mucho menos que antes

¿Con que frecuencia piensa en el suicidio?

- ☐ Casi Nunca
☐ A veces lo pienso pero, nunca he considerado en realizarlo
☐ Lo pienso a menudo pero, no creo que llegue a realizarlo
☐ Lo pienso y se exactamente como lo haría

¿HA INTENTADO SUICIDARSE ANTES? SI ES AFIRMATIVO ¿CUANDO INTENTO SUICIDARSE Y QUE HIZO?

- ☐ SI ☐ NO

¿Que tan difícil le resulta concentrarse?

- ☐ Puedo concentrarme bien en cualquier cosa.
☐ Puedo concentrarme únicamente en cosas que me interesan.
☐ Puedo concentrarme a veces, pero únicamente en cosas que me interesan.
☐ No logro concentrarme prácticamente en nada.

¿Que tanta energía siente?

- ☐ Normalmente tengo mucha energía
☐ A veces siento energía, a veces me siento cansado
☐ La mayor parte del tiempo me siento cansado y me es difícil motivarme a hacer cosas.
☐ A veces tengo más energía de lo normal y necesito dormir menos de lo usual, pueden pasar dos días seguidos.

Marcar la cantidad de cada sustancia que utiliza:

¿Cerveza (lata de 12oz), vino, o licor?

- ☐ Más de un trago al día.
☐ Más de un trago por semana pero menos de un trago al día.
☐ Menos de un trago por semana.
☐ Casi nunca.
☐ Nunca he tomado cerveza, vino o licor.

¿Marihuana?

- ☐ Diario.
☐ Una vez a la semana.
☐ Menos de una vez por semana.
☐ La he probado, pero no las utilizo regularmente.
☐ Nunca he probado la marihuana.

¿Cigarros?

- ☐ Más de 20 cigarros por día.
☐ 10-20 cigarros por día.
☐ Menos de 20 cigarros por semana.
☐ He probado los cigarros, pero no las utilizo regularmente.
☐ Nunca he probado los cigarros.

¿Otras Drogas (ejemplo; speed, cocaína, heroína, etc.)?

- ☐ Diario.
☐ Una vez a la semana.
☐ Menos de una vez por semana.
☐ He probado otras drogas, pero no las utilizo regularmente.
☐ Nunca he consumido drogas.

Marque las sustancias que utilicen sus padres.

- ☐ Alcohol
☐ Cigarros
☐ Marihuana
☐ Otras drogas ilícitas

¿Esta teniendo relaciones sexuales actualmente?

- ☐ SI ☐ NO

¿Alguna vez ha sido abusado sexualmente? ☐ SI ☐ NO

¿Tiene alguna confusión sobre su identidad sexual?

- ☐ SI ☐ NO

¿Practica sexo seguro?

- ☐ SI ☐ NO

III. FAMILIA

¿COMO SE LLEVA CON SU MADRE?

¿COMO SE LLEVA CON SU PADRE?

¿COMO SE LLEVA CON SUS HERMANOS Y HERMANAS?

¿COMO SE LLEVAN SUS PADRES?

¿A QUE MIEMBROS DE LA FAMILIA ESTA MAS APEGADO Y PORQUE?

¿ALGUNA VEZ HA HUIDO DE CASA? ☐ SI ☐ NO
SI ES ASI ¿CUANDO FUE, PORQUE HUYO Y CUANTO TIEMPO SE FUE?

ENLISTE CUALQUIER PROBLEMA EMOCIONAL O ABUSO DE SUBSTANCIAS DE SUS FAMILIARES.

PROBLEMA

RELACION CON USTED

IV. ESCUELA

¿EN QUE GRADO ESTA? (SELECCIONE UNO)

☐ 7TH ☐ 8TH ☐ Freshman ☐ Sophomore ☐ Junior ☐ Senior ☐ No Asisto

¿CUAL ES APROXIMADAMENTE SU CALIFICACION PROMEDIO EN LA ESCUELA? (SELECCIONE UNO)

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ F

¿QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA DE LA ESCUELA?

¿QUE ES LO QUE MENOS LE GUSTA DE LA ESCUELA?

¿ALGUNA VEZ SE HA SALIDO DE LA ESCUELA?

¿CUALES SON SUS PLANES PARA EL FUTURO EN CUANTO A ESCUELA Y CARRERA?

SELECCIONE LA DESCRIPCIÓN ADECUADA:

DEPORTES:	☐ activo	☐ promedio	☐ menos del promedio	☐ ninguno
CALIFICACIONES:	☐ rol de honor	☐ promedio	☐ abajo del promedio	☐ variado
POPULARIDAD:	☐ muy popular	☐ popular	☐ promedio	☐ no popular
CITAS:	☐ muchas	☐ promedio	☐ poco	☐ nada

V. AMISTADES

¿TIENE UN MEJOR AMIGO? ☐ SI ☐ NO

SI ES ASI, ¿CUANTO TIEMPO HAN SIDO MEJORES AMIGOS? _____

¿CON CUANTOS CONSIDERA TENER UNA AMISTAD CERCANA? _____

¿QUE TIPO DE COSAS HACE CON SUS AMIGOS? (SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

☐ Ir a conciertos y/o escuchar música bandas, porristas)	☐ Participar juntos en actividades extracurriculares (ejemplo: equipos,
☐ Ir al cine	☐ Consumir drogas y tomar juntos
☐ Ir a centros comerciales	☐ Hablar de todo y cualquier cosa juntos
☐ Comer juntos el almuerzo en la escuela	☐ Otras cosas: _____
☐ Juntarse por las noches en los fines de semana	_____
☐ Jugar Deportes	

¿LES GUSTAN SUS AMIGOS A SUS PAPAS?

☐ SI ☐ NO ☐ ALGUNOS

VI. TRATAMIENTO

MI MAYOR RAZÓN PARA BUSCAR AYUDA ES:

MIS PROBLEMAS SE SOLUCINARIAN SI:

¿QUE TANTA AYUDA DESEA PARA SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS? (SELECCIONE UNA)

☐ Mucha ☐ Algo ☐ Ninguna

ABC THERAPY

QUALITY OF LIFE SCALE (QOL)

Favor de leer cada artículo y circule el número que mejor describe su grado de satisfacción en este momento.
Favor de contestar cada artículo aun cuando actualmente no participe en una actividad o mantenga una relación.
Usted puede estar satisfecho o no satisfecho aun sin realizar la actividad o con la relación.

Nombre:		Encantado	Satisfecho	Mayormente Satisfecho	Sentimientos Mixtos	Mayormente No Satisfecho	Infeliz	Terrible
Fecha:								
1	Material: comodidades del hogar, alimentación, comodidades, seguridad financiera	7	6	5	4	3	2	1
2	Salud - físicamente en forma y fuerte	7	6	5	4	3	2	1
3	Relaciones con los padres, hermanos y otros familiares-comunicación, visitas, ayuda	7	6	5	4	3	2	1
4	Tener y criar hijos	7	6	5	4	3	2	1
5	Relación estrecha con el cónyuge o pareja	7	6	5	4	3	2	1
6	Amigos cercanos	7	6	5	4	3	2	1
7	Ayudando y animando a otros, voluntariado, dando consejos	7	6	5	4	3	2	1
8	Participación en organizaciones y asuntos públicos	7	6	5	4	3	2	1
9	Aprendizaje- asistiendo a la escuela, mejorando el entendimiento (comprensión), obteniendo	7	6	5	4	3	2	1
10	Entenderse a sí mismo - a sabiendas de sus cualidades y limitaciones - sabiendo lo que es la	7	6	5	4	3	2	1
11	Trabajo - en trabajo o casa	7	6	5	4	3	2	1
12	Expresarse creativamente	7	6	5	4	3	2	1
13	Socializar - conocer a otras personas, hacer cosas, fiestas, etc.	7	6	5	4	3	2	1
14	Leer, escuchar música o ver entretenimiento	7	6	5	4	3	2	1
15	Participar en recreación activa	7	6	5	4	3	2	1
16	Independencia, haciéndolo por sí mismo	7	6	5	4	3	2	1

FAVOR DE VOLTEAR LA HOJA Y COMPLETAR

Instrucciones: Indique cuanto le ha molestado cada uno de los siguientes en la ultima semana, incluido el día de hoy, circule el que más se aproxime a como se ha sentido.

leve - *No me ha molestado mucho*
moderado - *Ha sido muy desagradable pero lo he soportado*
severo - *Casi no podía soportarlo*

		Para nada	Leve	Moderado	severo
1	Entumecimiento y hormigueo	0	1	2	3
2	Sensación de calor	0	1	2	3
3	Tambaleo en las piernas	0	1	2	3
4	No poder relajarse	0	1	2	3
5	Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareado o aturdido	0	1	2	3
7	Latidos cardíacos fuertes o acelerados	0	1	2	3
8	Inestable	0	1	2	3
9	Aterrorizado	0	1	2	3
10	Nervioso	0	1	2	3
11	Sensaciones de asfixia	0	1	2	3
12	Manos temblorosas	0	1	2	3
13	Tembloroso	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Asustado	0	1	2	3
18	Malestar en el abdomen	0	1	2	3
19	Desmayo	0	1	2	3
20	Enrojecimiento de la cara	0	1	2	3
21	Sudoración (no por calor)	0	1	2	3

Para uso clínico únicamente:

BAI	
BDI-PC	

Instrucciones: Escoja por favor un enunciado de cada sección que mejor describa la forma en que se ha sentido durante las últimas 2 semanas, incluso hoy. Circule el número al lado del enunciado de su selección.

1	Tristeza	No me siento triste	0
		Me siento triste la mayor parte del tiempo	1
		Estoy triste todo el tiempo	2
		Estoy tan triste o infeliz que no lo soporto	3
2	Pesimismo	No estoy desalentado sobre mi futuro	0
		Me siento mas desalentado sobre mi futuro de lo que solía	1
		No espero que las cosas funcionen para mi	2
		Siento que mi futuro es desesperado y sólo va a empeorar	3
3	Fracasos Pasados	No me siento como un fracasado	0
		He fracasado más de lo que debía	1
		Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	2
		Siento que soy un fracaso total como persona	3
4	Auto-Desagrado	Me siento igual acerca de mi mismo como de costumbre	0
		He perdido confianza en mi mismo	1
		Estoy decepcionado conmigo mismo	2
		Me desagrado	3
5	Auto-Criticismo	No me critico ni me culpo mas de lo usual	0
		Me critico mas de lo que solía hacerlo	1
		Me critico por todas mis faltas	2
		Me culpo por todo lo malo que ocurre	3
6	Pensamientos Suicidas o Deseos	No tengo ningún pensamiento de matarme	0
		Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo	1
		Me gustaría matarme	2
		Me mataría si tuviese la oportunidad	3
7	Pérdida de interés	No he perdido interés en otras gentes o actividades	0
		Estoy menos interesado en otras gentes o cosas que antes	1
		He perdido la mayor parte de mi	2

Antes de sus 18 años

1. Alguno de sus padres o algún adulto en su casa frecuentemente le grito, le insulto, le hizo sentir menos, o le humillo. ¿Se comporto de alguna manera que sintió miedo o físicamente herido?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

2. Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar le empujo, le agarro bruscamente, le dio una bofetada o le tiro algún objeto con frecuencia.

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

3. ¿Algún Adulto u otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez toco su cuerpo, o le obligo a tocar su cuerpo de alguna manera sexual?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

4. ¿Siente con frecuencia que nadie en su familia le ha querido o pensado que era importante o especial? O que en su familia no se protegían mutuamente, ni eran cercanos entre ustedes, ¿o apoyarse mutuamente?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

5. ¿Siente Con frecuencia que no tiene comida que tiene que usar ropa sucia, o que no tiene quien lo proteja?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

6. ¿Perdió alguno de sus padres biológicos como resultado de un divorcio, abandono, o alguna otra razón?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

7. Alguna vez su Mama o madrastra la empujo, te agarro con brusquedad, te bofeteo, ¿le tiraron algún objeto? O fue pateada, mordida, pegaron con el puno, o con algún objeto duro indique si fue de vez en cuando, ¿o muy frecuentemente?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

8. ¿Ha vivido con alguien que tiene problemas con el alcohol, es o fue alcohólico, o que consume alguna droga?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

9. ¿Algún miembro de su hogar sufría de depresión o enfermedad mental, o que haya intentado suicidarse?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

10. ¿Alguien en su hogar estuvo en prisión?

Si ____ No ____

Si la respuesta es si entre 1 _____

Asumir los puntos de su repuestas de Si y calculando su resultado de ACES _____

Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire

Finding your ACE Score ra hbr 10 24 06

While you were growing up, during your first 18 years of life:

1. Did a parent or other adult in the household often ...
Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you?
or
Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt?
Yes No If yes enter 1 _____
2. Did a parent or other adult in the household often ...
Push, grab, slap, or throw something at you?
or
Ever hit you so hard that you had marks or were injured?
Yes No If yes enter 1 _____
3. Did an adult or person at least 5 years older than you ever...
Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way?
or
Try to or actually have oral, anal, or vaginal sex with you?
Yes No If yes enter 1 _____
4. Did you often feel that ...
No one in your family loved you or thought you were important or special?
or
Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other?
Yes No If yes enter 1 _____
5. Did you often feel that ...
You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you?
or
Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?
Yes No If yes enter 1 _____
6. Were your parents ever separated or divorced?
Yes No If yes enter 1 _____
7. Was your mother or stepmother:
Often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her?
or
Sometimes or often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard?
or
Ever repeatedly hit over at least a few minutes or threatened with a gun or knife?
Yes No If yes enter 1 _____
8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?
Yes No If yes enter 1 _____
9. Was a household member depressed or mentally ill or did a household member attempt suicide?
Yes No If yes enter 1 _____
10. Did a household member go to prison?
Yes No If yes enter 1 _____

Now add up your "Yes" answers: _____ This is your ACE Score