



# The Northwest Catholic Counseling Center

*Providing help, creating hope...*

## Consentimiento informado y aviso de prácticas de privacidad

Este formulario de consentimiento es para proporcionar una explicación del tratamiento, los riesgos asociados con el tratamiento y el aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida de

---

(Escriba el nombre de la persona que recibirá los servicios)

Además de las razones anteriormente mencionadas, este formulario también servirá para dar consentimiento para el tratamiento en The Northwest Catholic Counseling Center (NCC). Cuando utilizamos la palabras “yo” y “conmigo” significa Ud., su niño/niña, su pariente, u otra persona sobre la cual Ud. tiene custodia legal y autorización para dar consentimiento de tratamiento o permiso para compartir su información.

Yo entiendo que como cliente de NCC, soy elegible para recibir una variedad de servicios. El tipo y variedad de servicios que voy a recibir se determinarán después de una evaluación inicial y tras ser discutidos en detalle conmigo. El objetivo de este proceso de evaluación es establecer el mejor curso de tratamiento. La información que Ud. provee permanecerá confidencial con algunas excepciones permitidas por la ley y el código de ética del personal médico y/o consejero según se describe en el resto de este documento.

Mientras Ud. esté obteniendo servicios en NCC, puede ser necesario que el personal se comunique, consulte o coordine con otro personal de NCC. No se solicitará autorización por escrito para dicha comunicación dentro de NCC. Antes de cualquier discusión con otro personal de NCC, entiendo que se me informará sobre qué comunicaciones se intercambiarán. En otras circunstancias para el intercambio de información fuera de NCC, se obtendrá de Ud. un consentimiento por escrito para dar a conocer la información.

Además, entiendo que hay excepciones específicas de confidencialidad cuando un médico está éticamente y/o legalmente obligado a tomar las medidas necesarias para evitar daños a mí mismo/a o a otros:

1. Cuando hay riesgo de daño a mí mismo/a o a otros.
2. Cuando hay sospecha que un niño, una persona con discapacidad o de edad avanzada está en riesgo de ser abusada sexual, física o emocionalmente o descuidada.
3. Cuando se emita una orden judicial válida para la divulgación de información o documentos.

Entiendo que si bien los servicios y/o evaluaciones de salud mental pueden proporcionar beneficios significativos, también pueden presentar ciertos riesgos. La asesoría y las evaluaciones pueden provocar pensamientos y sentimientos incómodos o pueden llevar a recordar experiencias perturbadoras. Pueden ocurrir cambios para el individuo en tratamiento. La familia u otras relaciones pueden resistir los cambios realizados. Las evaluaciones pueden revelar la necesidad de un tratamiento más intensivo.

(Firma requerida al reverso de la página)

*A State Certified Counseling Agency*  
*Donations are tax-deductible. Tax ID 93-1088966*

La información de salud personal que recopilamos se utilizará para el tratamiento, la consulta, la facturación y la coordinación de la atención, por lo tanto, la ley nos permite compartir esta información con otras personas que también le brindan tratamiento o para coordinar el pago de su tratamiento o para otras funciones administrativas o gubernamentales, tales como la recogida de datos demográficos. El aviso de prácticas de privacidad explica con más detalle sus derechos y cómo podemos usar y compartir esta información. Ud. ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad con su documentación de admisión.

En el futuro, la ley federal puede requerir cambios adicionales a nuestro aviso de privacidad. Si esto ocurre, le notificaremos si Ud. es todavía cliente activo en el centro. Cualquier cambio será publicado en nuestro sitio web, [www.nwcounseling.org](http://www.nwcounseling.org).

Si le preocupa algo de su información, Ud. tiene el derecho a pedirnos que no usemos o compartamos esa información para fines de tratamiento, pago o administrativos. En ese caso, deberá hacer su solicitud por escrito. Si se trata de compartir información con fines de pago, es posible que se le considere a Ud. responsable del pago. Intentaremos respetar sus deseos siempre que los mismos estén de acuerdo con la ley federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente o de su representante

Iniciales: \_\_\_\_\_

Recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad

Solo para uso clínico: \_\_\_\_\_ He discutido verbalmente las excepciones a la confidencialidad.  
con el cliente.

Actualizado 30/7/18



# The Northwest Catholic Counseling Center

*Sirve a todos sin importar las creencias o la situación económica*

## Consentimiento del cliente y guía para el uso del correo electrónico

La decisión de utilizar el correo electrónico es estrictamente voluntaria y usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Tenga en cuenta que existen algunos riesgos al usar el correo electrónico para comunicarse con su consejero(a)/médico(a). Los riesgos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

- **El correo electrónico de NCC no está cifrado, por lo tanto, no es confidencial.**
- El correo electrónico podría ser visto por personas no autorizadas.
- El correo electrónico podría ser interceptado por piratas informáticos y los mensajes enviados por este medio podrían ser redistribuidos.
- Alguien podría hacerse pasar por usted para comunicarse con el consejero y acceder a su información.
- El correo electrónico puede utilizarse para propagar virus informáticos.
- Es posible que los mensajes enviados por correo electrónico no le lleguen a tiempo a ninguno de los interesados.
- El correo electrónico se revela en los litigios y podría ser utilizado como evidencia en el juzgado.
- El correo electrónico puede circular y ser guardado por destinatarios no deseados.
- Las declaraciones hechas por medio del correo electrónico pueden ser mal interpretadas y crear problemas de comunicación o afectar negativamente el tratamiento.

### ¿Cuándo puedo utilizar el correo electrónico para comunicarme con mi consejero/a?

- Para programar o reprogramar una cita.
- Para pedir clarificación sobre las tareas terapéuticas.
- Para otros asuntos que no requieran una respuesta inmediata.

### ¿Cuándo **NO** debería utilizar el correo electrónico para comunicarme con mi consejero/a?

#### 1. En una emergencia:

- Si está sintiendo algún deseo de hacerse daño a usted mismo/a o a otros.
- Si está sufriendo una reacción grave a algún medicamento.

#### 2. Si necesita una respuesta inmediata a algún asunto que no sea urgente.

### ¿Qué puedo esperar de mi consejero(a)/ médico(a) sobre las respuestas a mis correos electrónicos?

- Los mensajes que envíe por correo electrónico serán leídos en un período máximo de 48 horas hábiles.
- Si el/la consejero(a)/ médico(a) considera que es clínicamente inapropiado responder, se iniciará una conversación sobre el mensaje que envió en su próxima cita.
- Si el mensaje original que usted envió inicialmente por correo electrónico fue enviado con copia a un tercero, NCC puede decidir no responder o puede no incluir al tercero en la respuesta.
- E/la consejero(a)/ médico(a) de NCC no enviará inicialmente mensajes por correo electrónico que tengan contenido clínico.
- **Usted acepta todos los riesgos si envía inicialmente mensajes por correo electrónico con contenido clínico.**

*Una agencia de orientación psicológica certificada por el estado*

*Las donaciones son deducibles de los impuestos. Identificación para impuestos 93-1088966*

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

[www.nwcounseling.org](http://www.nwcounseling.org)

### ¿Qué pasa con mis mensajes?

- Los mensajes enviados por correo electrónico se imprimirán y se mantendrán como parte permanente de su historia médica.
- Como parte permanente de su historia médica, estos serán divulgados junto con el resto de sus expedientes si usted da su autorización o cuando se le requiera legalmente a NCC hacerlo.
- Los mensajes pueden ser vistos por los empleados con el propósito de archivarlos o llevar a cabo solicitudes.

### CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso del correo electrónico como medio de comunicación entre mi consejero(a)/médico(a) en NCC y yo. Reconozco que existen riesgos al usarlo y que NCC no puede garantizar absoluta confidencialidad. Entiendo y acepto esos riesgos. Además, comprendo que, si envío demasiados mensajes por correo electrónico, si envío mensajes inapropiados por correo electrónico, o si copio a personas externas en los correos electrónicos, NCC puede no responder o dejar de permitirme el uso del correo electrónico para comunicarme con NCC. También entiendo que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento para comunicarme con NCC mediante el correo electrónico al notificarle por escrito a mi consejero(a)/médico(a).

Nombre completo del cliente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor Fecha

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

☐ Renuncio al uso del correo electrónico. No doy mi consentimiento para que NCC utilice el correo electrónico para comunicarse conmigo. Entiendo que, si cambio de opinión y quiero enviar un mensaje por correo electrónico a NCC, tendré que firmar un formulario de consentimiento. (Marque el cuadro y firme a continuación).

Firme aquí para renunciar al uso del correo electrónico: \_\_\_\_\_



# The Northwest Catholic Counseling Center

*Serving all regardless of faith or finances*

## Historia Psicosocial Para Adultos

Fecha \_\_\_\_\_

Número de Cliente \_\_\_\_\_

(Para uso interno)

Por favor suministre la siguiente información. Nos permitirá conocerlo mejor y sus inquietudes. Sus datos serán tratados con los mismos estándares de confidencialidad al igual que sus citas.

Nombre \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar mensajes de voz? ☐ Si ☐ No

¿Desea recibir llamadas de recordatorio para sus citas? ☐ Si ☐ No

Usted prefiere recibir mensajes de texto para recordarle de sus citas? ☐ Si ☐ No

**Celular:** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar mensajes de voz? ☐ Si ☐ No

Usted prefiere recibir mensajes de texto para recordarle de sus citas? ☐ Si ☐ No

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

¿Desea recibir correos electrónicos? ☐ Yes ☐ No

Prefiere recibir correos electrónicos para recordarle de sus citas? ☐ Yes ☐ No

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

**Género:** ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero ☐ Género neutro

Contacto de Emergencia: Por favor Provea el nombre, número telefónico y relación \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió? \_\_\_\_\_

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

[www.nwcounseling.org](http://www.nwcounseling.org)

Nos gustaría enviarle Correos electrónicos periódicamente con documentos y otro tipo de información referente al centro y sus actividades. Por favor confirme si usted no desea recibir estos comunicados. ☐

## **Discapacidad**

Describa cualquier limitación física significativa que limite su movimiento o cualquier discapacidad sensorial, social, de empleo, o aprendizaje

☐Yes ☐No \_\_\_\_\_

## **Etnicidad**

☐Indio Americano o Nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o Áfrico-Americano

☐Hispano o Latino ☐Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico ☐Blanco

☐Multi-étnico \_\_\_\_\_

## **Información Social**

Por favor describa su sistema de apoyo primario (familia, amigos, grupos de soporte, comunidad religiosa, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se identifica como miembro del grupo LGBTQ ☐Sí ☐No

## **Educación/Información Ocupacional**

¿Actualmente usted se encuentra empleado? ☐Sí ☐No ☐En discapacidad

Si la respuesta es sí, cuál es el nombre de su empleador actual y su posición.

\_\_\_\_\_

Por favor indique su nivel de educación más alto\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Título si aplica\_\_\_\_\_

¿Se siente satisfecho con su posición actual?\_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier tipo de stress relacionado con su trabajo\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si se encuentra desempleado, por favor indique por cuanto tiempo\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### ***Información Espiritual/Religiosa***

¿Usted se considera una persona religiosa? ☐ Sí ☐ No

¿Usted se considera una persona espiritual? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿Cuál es su creencia/religión/o enfoque espiritual? \_\_\_\_\_

### **Historia Legal**

¿Actualmente o en el pasado usted ha estado involucrado en algún procedimiento legal?

☐ Sí ☐ No

¿En este momento, está usted preparándose para algún procedimiento legal (SSD, tráfico, divorcio, civil o criminal)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor describa \_\_\_\_\_

¿En este momento usted se encuentra en algún proceso de libertad condicional?: ☐ Yes ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

### ***Historia de Salud Mental***

¿En este momento, usted está recibiendo tratamiento de salud mental o servicios de prescripción médica en otro lugar?

☐ Consejería: Nombre del Consejero/Agencia de consejería \_\_\_\_\_

☐ Medicamentos: Nombre de quién lo Prescribió \_\_\_\_\_

¿Usted ha recibido consejería anteriormente? ☐ Sí ☐ No

¿Si su respuesta es sí, cual es el nombre del Terapeuta? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo recibió este servicio? \_\_\_\_\_

For Office Use Only:

Entered in FM

Entered in TH

Scanned

¿Alguna vez a tratado de lastimarse usted mismo? ☐ Sí ☐ No  
 ¿Describa cómo y cuándo fue la última vez?: \_\_\_\_\_

---

¿Ha intentado cometer suicidio alguna vez? ☐ Sí ☐ No  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

En el pasado, usted fue hospitalizado después de intentar lastimarse o de intentar suicidio  
☐ Sí ☐ No

Cuál hospital: \_\_\_\_\_

¿Durante el año pasado usted tuvo experiencias traumáticas o estresantes significativas, que cambiaron su vida? (muerte de una persona cercana, Divorcio, perdida de trabajo, etc.) \_\_\_\_\_

---

¿Ha experimentado algún evento traumático? \_\_\_\_\_

---

¿Qué estrategias usa actualmente para salir adelante y que tan efectivas son para usted?:

---

Cuáles son sus metas e inquietudes para la terapia y/o manejo de medicamentos?:

---



---

¿Cuáles son sus áreas fuertes? \_\_\_\_\_

### ***Historia Familiar de Salud Mental***

**¿Algún integrante de su familia (en primer grado o familiar lejano), ha experimentado dificultades con cualquiera de los siguientes?**

Marque sus selecciones y describa la relación familiar (hermano, padre, tío etc.).

- ☐ Depresión \_\_\_\_\_
- ☐ Ansiedad \_\_\_\_\_
- ☐ Esquizofrenia \_\_\_\_\_
- ☐ Trastornos Alimenticios \_\_\_\_\_
- ☐ Trauma \_\_\_\_\_
- ☐ Trastorno Bipolar \_\_\_\_\_
- ☐ Ataques de Pánico \_\_\_\_\_
- ☐ Alcohol/Abuso de Sustancias \_\_\_\_\_
- ☐ Suicidios efectuados \_\_\_\_\_
- ☐ ADHD \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### **Información Referente a su Salud**

Alergias:(Liste cualquier medicina y/o comida, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su salud física en este momento?

☐ Pobre    ☐ Insatisfactoria    ☐ Satisfactoria    ☐ Buena    ☐ Muy Buena

Proveedor De Salud Primario \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Fecha de su último Examen Físico: \_\_\_\_\_

**Por favor indique si usted experimentó o está experimentando alguna de las siguientes condiciones médicas**

|                                                   |                                                      |                                                                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas   | <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Problemas de embarazo                               |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico            | <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                                        |
| <input type="checkbox"/> Cancer                   | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral            | <input type="checkbox"/> Cansancio Crónico                                   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias                               |
| <input type="checkbox"/> Azúcar Alta en la Sangre | <input type="checkbox"/> Migraña                     | <input type="checkbox"/> Comer en exceso /purgas/<br>restricciones de comida |
| <input type="checkbox"/> Sueño Interrumpido       | <input type="checkbox"/> Problemas<br>premenstruales | <input type="checkbox"/> Inexplicable cambio de peso                         |

¿Alguna vez, usted ha sido hospitalizado por alguna de estas condiciones y cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor liste todas las medicinas (incluyendo medicamentos sin receta médica/hierbas remedios) y dosificación

Medicinas

Dosificación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué actividades físicas realiza usted? \_\_\_\_\_

### **Uso De sustancias**

¿Usted usa tabaco? ☐ Sí ☐ No Cuanto por día: \_\_\_\_\_

¿Usted usa cafeína? ☐ Sí ☐ No Cuanto por día: \_\_\_\_\_

¿Usted toma alcohol? ☐ Sí ☐ No Cuanto por semana: \_\_\_\_\_

¿Usted consume drogas recreacionales? ☐ Todos los días    Semanalmente    Mensualmente  
☐ Rara vez ☐ Nunca

¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Describa su historia referente al uso de drogas recreacionales \_\_\_\_\_

Si aplica, describa cualquier tratamiento recibido por adicción: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione comportamiento y síntomas que ocurren más seguido de lo que a usted le gustaría que pasaran**

- |                                                               |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agresión                             | <input type="checkbox"/> Cambios de ánimo                        |
| <input type="checkbox"/> Ira                                  | <input type="checkbox"/> Pesadillas                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de concentración           | <input type="checkbox"/> Obsesiones                              |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto                  | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                       |
| <input type="checkbox"/> Estados de depresión                 | <input type="checkbox"/> Pensamientos urgentes persistentes      |
| <input type="checkbox"/> Desorientación                       | <input type="checkbox"/> Incomodidad física                      |
| <input type="checkbox"/> Distráido                            | <input type="checkbox"/> Preocupaciones referentes a pornografía |
| <input type="checkbox"/> Mareos                               | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados                 |
| <input type="checkbox"/> Animo alterado                       | <input type="checkbox"/> Conducta irresponsable-auto-destructiva |
| <input type="checkbox"/> Comprador Compulsivo                 | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos             |
| <input type="checkbox"/> Exposición a evento(s) traumático(s) | <input type="checkbox"/> Inquieto o tenso                        |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/energía baja                  | <input type="checkbox"/> Vengativo                               |
| <input type="checkbox"/> Temores                              | <input type="checkbox"/> Tristeza                                |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de apuestas           | <input type="checkbox"/> Adicciones sexuales                     |
| <input type="checkbox"/> Penas emocionales                    | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales                   |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones                        | <input type="checkbox"/> Remordimiento/culpabilidad              |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardíacas              | <input type="checkbox"/> Falta de aire                           |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos homicidas               | <input type="checkbox"/> Evasión/ Aislamiento social             |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza                         | <input type="checkbox"/> Dolores estomacales                     |
| <input type="checkbox"/> Indecisión                           | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas                   |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento de amigos/familia        | <input type="checkbox"/> Desconfiado de otros                    |
| <input type="checkbox"/> Celos                                | <input type="checkbox"/> Tics                                    |
| <input type="checkbox"/> Acusaciones erradas                  | <input type="checkbox"/> Tembloroso                              |
| <input type="checkbox"/> Solitario                            | <input type="checkbox"/> Trauma                                  |
| <input type="checkbox"/> Perdida de interés en actividades    | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva                   |
| <input type="checkbox"/> Memoria deficiente                   |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Incompetencia                        | <input type="checkbox"/> Otro _____                              |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad                          |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Irritable                            |                                                                  |



National Center for  
**PTSD**  
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

# Lista de verificación de PTSD para *DSM-5* (PCL-5)

**Fecha de la versión:** 11 April 2018

**Referencia:** Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard* [Measurement instrument]. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>

**URL:** <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

**Nota:** Este es un formulario que se puede completar. Puede completarlo electrónicamente.

## PCL-5

**Instrucciones:** A continuación se muestra una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Lea cada problema con atención y luego encierre en un círculo uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

| En el último mes, ¿cuánto le molestó:                                                                                                                                                                                     | Para nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|----------|----------------|
| 1. Recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados del experiencia estresante?                                                                                                                                           | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 2. ¿Sueños repetidos e inquietantes de la experiencia estresante?                                                                                                                                                         | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 3. De repente, sentir o actuar como si la experiencia estresante fuera en realidad está sucediendo de nuevo (como si realmente estuvieras allí reviviéndolo)?                                                             | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 4. Sentirse muy molesto cuando algo le recordó de la experiencia estresante?                                                                                                                                              | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 5. Tener reacciones físicas fuertes cuando algo le recuerda usted de la experiencia estresante (por ejemplo, latidos del corazón, dificultad para respirar, sudoración)?                                                  | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?                                                                                                                              | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?                                                                       | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 8. Problemas para recordar partes importantes del experiencia estresante?                                                                                                                                                 | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 9. Tener fuertes creencias negativas sobre ti mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo muy mal en mí, en nadie se puede confiar, el mundo es completamente peligroso)? | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 10. Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o qué pasó después de ella?                                                                                                                        | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 11. Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?                                                                                                                                      | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 12. ¿Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar?                                                                                                                                                               | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 13. ¿Te sientes distante o aislado de otras personas?                                                                                                                                                                     | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 14. Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, sentirse incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?                                               | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 15. ¿Comportamiento irritable, arrebatos de ira o actuando agresivamente?                                                                                                                                                 | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 16. Asumir demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?                                                                                                                                                    | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 17. ¿Estar "sobre alerta" o estar atento o en guardia?                                                                                                                                                                    | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 18. ¿Se siente nervioso o asustado con facilidad?                                                                                                                                                                         | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 19. ¿Tiene dificultad para concentrarse?                                                                                                                                                                                  | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |
| 20. ¿Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido?                                                                                                                                                              | 0         | 1       | 2             | 3        | 4              |

## Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

| 1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado los siguientes problemas?                                                                                                      | No estoy seguro(a)         | Varios días                | Más de la mitad de los días | Casi todos los días        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| • Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al borde.                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • No poder dejar de preocuparse o controlarlo                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • Preocuparse demasiado por cosas diferentes                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • Problemas para relajarse                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • Volverse fácilmente molesto(a) o irritable                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| • Sentir miedo como si pudiera pasar algo terrible.                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |
| <i>Suma la puntuación de cada columna</i>                                                                                                                                                            |                            |                            |                             |                            |
| <i>PUNTUACIÓN TOTAL (agregue las puntuaciones de su columna)</i>                                                                                                                                     |                            |                            |                             |                            |
|                                                                                                                                                                                                      | Nada<br>difícil            | Algo difícil               | Muy difícil                 | extremadamente<br>difícil  |
| 2. Si marcó algún problema en este cuestionario hasta ahora, ¿Qué tan difícil le han dificultado estos problemas hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3 |

## Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                      | Para nada                | Varios dias              | Mas que la<br>mitad de los dias | Casi todos<br>los días    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</b>                                                                                                     |                          |                          |                                 |                           |
| a. Poco interés o placer en hacer cosas.                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| b. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| c. Dificultad para conciliar el sueño / permanecer dormido, dormir demasiado                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| d. Sensación de cansancio o poca energía.                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| e. Falta de apetito o comer en exceso.                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| f. Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| g. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| h. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O al contrario; estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| i. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o lastimarse de alguna manera.                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |
| <b>2. Si ha marcado algún problema en este cuestionario hasta el momento, ¿qué tan difícil le han hecho estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?</b> |                          |                          |                                 |                           |
|                                                                                                                                                                                                                      | Nada<br>difícil          | Algo<br>difícil          | Muy<br>difícil                  | Extremadamente<br>difícil |
|                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>  |



The Northwest Catholic Counseling Center  
8383 N.E. Sandy Blvd., Suite 205  
Portland, Oregon 97220  
Phone: (503)253-0964

## POLÍTICA DE PAGO

El principal interés de *Northwest Catholic Counseling Center* es brindarle una atención de calidad a un precio asequible. Para orientación psicológica, nuestra tarifa es de \$160.00 por la primera sesión y de \$140.00 por cada sesión subsiguiente. En caso de tener dificultades económicas, la tarifa puede ser negociada a un monto que usted pueda pagar cómodamente. Por esta razón, queremos clarificar las siguientes políticas con respecto a su pago.

Debe pagar su tarifa al momento de cada sesión. Si no realiza el pago en el momento de la sesión de orientación psicológica, su saldo no debe exceder los 30 días. Se cobran \$20.00 por cada cheque devuelto.

Como cortesía, haremos todo lo posible para cobrarle a su compañía de seguro médico. Usted es responsable de pagar su deducible, así como también cualquier saldo restante que su compañía de seguro médico no pague. Si se hace un sobrepago a su cuenta proveniente de un pago del seguro médico, su cuenta será acreditada.

Si no cancela su cita con 24 horas de anticipación, se le cobrarán \$60.00 por inasistencia a la cita. No se le cobrarán al seguro médico las citas a las que usted no asista.

Acepto lo siguiente (seleccione todas las opciones que apliquen):

Pagos de la aseguradora (EAP, HMO, etc.):

Entiendo y acepto pagar \$\_\_\_\_\_ como mi copago por cada sesión. Los copagos se basan en los beneficios que usted reciba de su seguro médico.

☐ Pago como particular: Sesión de orientación psicológica:

Acepto pagar \$\_\_\_\_\_ por la cita inicial. Esta es una tarifa única que se paga al momento del servicio.

Acepto pagar \$\_\_\_\_\_ por citas de seguimiento. Se paga al momento del servicio.

☐ Pago de terceros (se excluye al seguro médico). Se ha dispuesto que:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Entiendo que, si nadie realiza el pago, yo me hago responsable de la factura.

**HE LEÍDO ESTA POLÍTICA DE PAGO Y ACEPTO PAGAR LA TARIFA NEGOCIADA Y ESCRITA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE, INDEPENDIENTEMENTE DE LA COBERTURA DE MI SEGURO MÉDICO, O DEL PAGO DE TERCEROS, YO SOY EL RESPONSABLE DEL PAGO DE MI CUENTA.**

---

Nombre escrito del cliente válido como firma

Fecha

---

Nombre escrito del padre / custodio legal válido como firma

Fecha



## *The Northwest Catholic Counseling Center*

### Consentimiento para facturar al seguro

Solo complete este formulario si está utilizando un seguro. NCC no acepta Medicaid o Medicare.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Seguro para elegibilidad/beneficios: \_\_\_\_\_

Autorizo el pago de beneficios medicos a The Northwest Catholic Counseling Center por cualquier servicio prestado a mí o mis dependientes mientras sea cliente del Centro. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Por la presente autorizo a The Northwest Catholic Counseling Center a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del cliente o su  
representación válida como firma

\_\_\_\_\_  
Fecha