



# 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*

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

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

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

*Sirviendo a todos sin importar la fe o las finanzas*

## Historia sicosocial de niños y adolescentes

Fecha \_\_\_\_\_

N° de cliente \_\_\_\_\_

Office use only (para uso oficial)

Por favor suministre la siguiente información para su niño/a o adolescente. La misma será tratada con los mismos estándares de confidencialidad que la terapia.

Nombre del niño/a o adolescente \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido

Dirección \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Género:  Femenino  Masculino  Transgénico  Género neutro

¿Su niño/a o adolescente se identifica como LGBTQ?  Si  No

¿Cuál es la identificación étnica de su niño/a o adolescente?:

Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o africano  Americano

Hispano o latino  Multiétnico  Nativo Hawaiano o Islas del Pacífico  Blanco

Persona completando el formulario \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a o adolescente \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor N° para contactarla? (c) (h) \_\_\_\_\_

¿Nos permite dejarle un mensaje?  Si  No

Nombre del padre \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor N° para contactarlo? (c) (h) \_\_\_\_\_

¿Nos permite dejarle un mensaje?  Si  No

Para recordarle de sus citas podemos enviarle un mensaje de texto, correo electrónico o llamada.

¿A quién le debemos enviar la notificación y por qué medio?

¿A quién?: \_\_\_\_\_ ¿Cómo?: \_\_\_\_\_

**Sigue al reverso**

Office use only: (uso oficial)

Entered in FM  Entered in TH

**Información legal**

¿Quién tiene la custodia o es el guardián? \_\_\_\_\_  
(Tal vez le pidan la copia del poder de custodia)

Padrastro o madrastra (si aplica) \_\_\_\_\_

Como padres, padrastro o madrastra, ¿están envueltos en algún procedimiento legal tal como divorcio, disputas de custodia, etc?     Si    No

Si respondió que Si, por favor explique \_\_\_\_\_

Su niño/a ha estado involucrado en el sistema legal?     Si    No

Si respondió que Si, por favor explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Médica, Sicológica, de desarrollo**

Enumere alguna complicación o problemas de embarazo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa alguna historia significativa médica, de desarrollo de su niño/a o adolescente incluyendo hospitalizaciones (médicas o siquiátricas), pérdidas significativas, y períodos viviendo con figuras de apego.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su niño/a o adolescente, ¿ha sufrido algún evento traumático? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su niño/a o adolescente, ¿ha expresado alguna vez el deseo de cometer suicidio o ha intentado suicidarse?

Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su niño/a ¿ha tenido terapia previamente?    Si                     No

Si respondió que sí, ¿con quién y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación referente a su niño/a o adolescente y el uso de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su niño/a o adolescente, ¿tiene alguna discapacidad definida como considerablemente limitante de movimiento, sensorial, social, laboral, o de actividades de aprendizaje?    No    Si

¿Está documentado?    No    Si

Nombre del pediatra. \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su niño/a o adolescente visitó al pediatra? \_\_\_\_\_

Su niño/a o adolescente, ¿toma algún medicamento?     Sí  No

Si respondió sí, por favor anote todos los medicamentos y sus dosis.

Medicinas	Dosis
_____	_____
_____	_____

Mencione cualquier alergia: \_\_\_\_\_

Alguien en su familia, (ya sea familia directa o parientes) ¿han tenido dificultades con alguna de las siguientes? Marque cualquiera que aplique e indique qué miembro de la familia fue afectado (hermanos, padres, tío, etc).

- Depresión \_\_\_\_\_
- Ansiedad \_\_\_\_\_
- Esquizofrenia \_\_\_\_\_
- Trastorno de la alimentación \_\_\_\_\_
- Trauma \_\_\_\_\_
- Bipolar \_\_\_\_\_
- Ataques de pánico \_\_\_\_\_
- Abuso de sustancias o alcohol \_\_\_\_\_
- Intentos de suicidio \_\_\_\_\_

**Información Socio-educacional**

Nombres y edades de otros niños/as viviendo en el hogar.

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor describa la interacción de su niño/a o adolescente con otros miembros de la familia. \_\_\_\_\_

¿Hay algún factor que cause estrés en la familia (financiero, matrimonial, de su grupo de pares, etc) que esté afectando a su niño/a?

Si  No

Si respondió que sí, por favor explique. \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Por favor describa el desempeño académico de su niño/a o adolescente. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor describa la interacción social de su niño/a o adolescente en la escuela. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere los hobbies, deportes, música, programas de televisión, juguetes preferidos, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿De qué manera se maneja la disciplina en el hogar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa las fortalezas de su niño/a o adolescente. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ***Preocupaciones y síntomas***

¿Cuáles son las preocupaciones específicas con su niño/a o adolescente que lo han traído a terapia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas para la terapia de su niño/a o adolescente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna información adicional que usted cree que pueda ayudar al terapeuta a entender mejor a su niño/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Por favor marque aquellos comportamientos o síntomas que le ocurren a su niño/a o adolescente con más frecuencia de lo que usted quisiera que ocurran.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresivo                               | <input type="checkbox"/> Malhumorado  |
| <input type="checkbox"/> Enojado                                | <input type="checkbox"/> Pesadillas   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                               | <input type="checkbox"/> Comportamiento oposicional                         |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama                          | <input type="checkbox"/> Hiperactivo  |
| <input type="checkbox"/> Pestañear, sacudirse                   | <input type="checkbox"/> Sobrepeso  |
| <input type="checkbox"/> Intimida, amenaza                      | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                                  |
| <input type="checkbox"/> Descuidado, imprudente                 | <input type="checkbox"/> Fobias   |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                      | <input type="checkbox"/> Poco apetito                                       |
| <input type="checkbox"/> Torpe                                  | <input type="checkbox"/> Peleador, discutiador                              |
| <input type="checkbox"/> Adicción con las redes<br>cibernéticas | <input type="checkbox"/> Triste   |
| <input type="checkbox"/> Desafiante                             | <input type="checkbox"/> Egoísta  |
| <input type="checkbox"/> Depresión                              | <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación                             |
| <input type="checkbox"/> Destructivo                            | <input type="checkbox"/> Prende fuegos                                      |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el habla                | <input type="checkbox"/> Actúa de manera sexual, demostraciones<br>sexuales |
| <input type="checkbox"/> Mareos                                 | <input type="checkbox"/> Se enferma frecuentemente                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la alimentación          | <input type="checkbox"/> Corto período de atención                          |
| <input type="checkbox"/> Masturbación excesiva                  | <input type="checkbox"/> Tímido   |
| <input type="checkbox"/> Espera o anticipa fracasar             | <input type="checkbox"/> Problemas con dormir                               |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                 | <input type="checkbox"/> Movimientos lentos                                 |
| <input type="checkbox"/> Temeroso                               | <input type="checkbox"/> Se ensucia (materia fecal)                         |
| <input type="checkbox"/> Lesiones frecuentes                    | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla                             |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente                  | <input type="checkbox"/> Roba   |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones                          | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago                                |
| <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza                    | <input type="checkbox"/> Amenazas suicidas                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón                  | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas                                  |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza                           | <input type="checkbox"/> Contesta (impertinente)                            |
| <input type="checkbox"/> Astita a los animales                  | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes                                |
| <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios                     | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo pulgar                            |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo                              | <input type="checkbox"/> Tics o espasmos                                    |
| <input type="checkbox"/> Irritable                              | <input type="checkbox"/> Comportamientos inseguros, peligrosos              |
| <input type="checkbox"/> Perezoso                               | <input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales                             |
| <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje               | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso                          |
| <input type="checkbox"/> Miente con frecuencia                  | <input type="checkbox"/> Retirado, retraído                                 |
| <input type="checkbox"/> Solitario                              | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva                              |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima                        | <input type="checkbox"/> Otro   |
| <input type="checkbox"/> Desordenado                            |   |

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



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 oa 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 \_\_\_\_\_

	No estoy seguro(a)	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado los siguientes problemas?				
• 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 difícil	Algo difícil	Muy difícil	extremadamente 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 días	Mas que la mitad de los días	Casi todos los días
1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?				
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"/>
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?				
	Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente 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, INDEPENDIEMENTE 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