

Citas Perdidas, Cancelaciones, y Pago de Servicios

Nombre del Cliente: _____

Cuando hace una cita con nuestros consejeros/as, Permian Basin Counseling & Guidance reserva ese tiempo sólo para usted. Si usted no va a asistir a su cita, nos gustaría dar a otro cliente la oportunidad de tomar esa vacante. Las citas perdidas afectan nuestra financiación, capacidad para presupuestar a nuestro personal, y el salario del personal. Es por esto que necesitamos **notificación de cancelación 24 horas antes de su cita**. Puede dejar un mensaje en nuestro buzón de voz, incluso los fines de semana. La hora de su llamada será incluida en el mensaje. Si no cancela antes de las 24 horas requeridas, no se presenta a su cita y/o llega más de 15 minutos tarde a más de dos citas en un periodo de tres meses, será puesto en la lista de espera y/o se le solicitará hacer cita con otro consejero/a. También puede que se le cobre una **tarifa de cita perdida de \$50**, la cual debe ser cancelada antes de poder volver a ser visto por un consejero/a. Si usted está siendo atendido por un costo reducido y paga menos de \$50 por sesión, la tarifa de cita perdida será el costo de una sesión habitual. Si usted está siendo atendido sin ningún costo adicional, la tarifa de cita perdida será \$5.

No se pueden facturar las citas pérdidas en ciertos seguros –Medicaid, Programa de Asistencia al Empleado, o algunos seguros privados-. Agradecemos la cortesía que usted nos extiende al aceptar este acuerdo. Tenga en cuenta que **no podemos facturar a su compañía de seguros por citas pérdidas** o por cancelaciones tardías. Todos los clientes citados a una sesión deberán estar presentes para que la cita se mantenga (por ejemplo, las dos partes en una cita de parejas, etc.).

Es posible que algunos seguros no reembolsen ciertos servicios ofrecidos por PBCG; en el caso que el seguro no reembolse por un servicio proporcionado y el cliente no sea elegible para uno de programas de asistencia, el cliente será el responsable del pago de ese servicio.

A juicio del consejero/a: su consejero/a puede elegir continuar viendo al cliente sin requerir citas para el mismo día. También puede pasar por alto el cobro de \$50 por citas pérdidas.

En caso de mal tiempo: las citas perdidas debido a condiciones meteorológicas peligrosas no serán contadas como citas pérdidas. Los consejeros/as mantienen el siguiente horario establecido, por lo tanto:

- Si tiene 15 minutos de retraso para una cita de 60 minutos, es posible que no se le atienda.
- Si tiene 10 minutos de retraso para una cita de 45 minutos, es posible que no se le atienda.
- Si tiene 5 minutos de retraso para una cita de 30 minutos, es posible que no se le atienda.

Comparecer ante un tribunal: en caso de que usted solicite o sea requerido por ley la publicación de sus registros o el testimonio del consejero/a, usted será responsable de los costos involucrados en la producción de los registros, así como el **costo por el tiempo (\$120 por hora)** que tome su consejero/a al comparecer frente al tribunal. Dichos pagos deben realizarse antes de que su consejero/a de testimonio ante al tribunal.

Al firmar este acuerdo reconozco que comprendo todas las medidas y políticas presentadas. Acepto y estoy de acuerdo con todas estas medidas durante el transcurso de mi tratamiento en Permian Basin Counseling & Guidance.

Firma del Cliente o Padre/Madre/Guardián si el cliente es menor

Fecha

Firma del personal de PBCG

Fecha

Llenar solo si el cliente es mayor de 12.

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

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

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

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

No ha sido difícil
☐

Un poco difícil
☐

Muy difícil
☐

Extremadamente difícil
☐

Llenar solo si el cliente es mayor de 12.

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con un “ ” para indicar su respuesta)</i>				
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

LPC Abreviado

Lista de Verificación Post-Traumática – 6 ítems Versión para Civiles

Este cuestionario es sobre problemas y quejas que a veces tienen personas en respuesta a experiencias estresantes en sus vidas. Por favor, indicar qué tanto le ha molestado cada uno de los siguientes problemas en el **último mes**.

Las opciones a cada una de las preguntas son las siguientes:

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

1. ¿Imágenes o recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre una experiencia estresante que haya tenido?	1	2	3	4	5
2. ¿Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
3. ¿Evita actividades o situaciones porque le recuerdan la experiencia estresante?	1	2	3	4	5
4. ¿Irritabilidad o explosiones de rabia?	1	2	3	4	5
5. ¿Sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	1	2	3	4	5

Notas:

Un puntaje de 14 o más sugiere problemas con stress post-traumático, y señala a evaluaciones adicionales y posible remisión a tratamiento.

Traducción basada en:

The Abbreviated PCL-C: Lang, A.J., Stein, M.B. (2005) An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. Behaviour Research and Therapy, 43, 585-594.