



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-5161
(972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258

www.lakewoodgroup.net

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC
Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristene E. Wilson, Ph.D.
Jeffrey M. Vance, Ph.D.
Miaya Love, M.S., M.Ed.

REGISTRO DE INFORMACIÓN

(Por favor imprimir)

Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

Nombre del paciente: _____ Fecha: - -

apellido primer nombre inicial del Segundo nombre

Fecha de Nacimiento: - - ; Edad: ; Género: ; Raza(opcional):

Estado Civil: Soltero/a ; Casado/a ; Viudo/a ; Separado/a ; Divorciado/a

Dirección del domicilio: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono celular: () -

Correo electrónico: Teléfono de la casa: () -

Número del Seguro social del paciente #: Licencia de conducir #:

Empleador: Ocupación:

Dirección del trabajo: Ciudad: Estado: Código postal

Referido por: Médico familiar:

Persona responsable: Relación con el /la paciente:

Dirección del domicilio: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono celular: () -, Teléfono de la casa () -

Correo electrónico:

Número del Seguro Social de la persona responsable#: Licencia de conducir #:

Empleador: Ocupación:

Dirección del trabajo: Ciudad: Estado: Código postal:

Seguro Primario: Teléfono: () -

Nombre del asegurado: Póliza #: Grupo #:

Seguro secundario Teléfono: () -

Nombre del asegurado: Póliza #: Grupo #:

Contacto de emergencia: , Relación con el paciente

Dirección: Ciudad: Estado:

Código postal:

Yo estoy de acuerdo en que se puede llamar a cualquiera de los números siguientes en caso de emergencia.

Iniciales: _____

Teléfono de la casa: () - . Teléfono celular: () -

Teléfono del trabajo: () -

<p>Para uso exclusivo de la oficina: Prov: _____ Psy Dx: _____ GAF: _____ Modalidad: _____</p> <p>Med Dx: _____ Referido por: _____</p> <p>Fecha de los primeros síntomas: _____ Fecha de los últimos o similares síntomas: _____</p>
--



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-5161 (972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258 www.lakewoodgroup.net

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC
Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E Wilson, Ph.D.
Jeff M. Vance, Ph.D.
Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Este formulario instruye y autoriza a The Lakewood Group sobre cómo mantener la información confidencial, incluida información sobre las citas.

Nombre del paciente: _____, □ Información sobre citas, facturación y atención solo al paciente.

○
□ Información sobre citas, facturación y atención únicamente a los padres, tutores o representantes personales; Nombre: _____

Nota: En un decreto de divorcio ambas partes tienen los mismos derechos a recibir la información completa de un menor de edad, a menos que se indique lo contrario. Si eres un padre divorciado, se debe proporcionar a esta oficina una copia de las páginas relevantes y las páginas de firma de un decreto de divorcio.

Yo, el paciente, padre, tutor o representante personal abajo firmante, autorizo a The Lakewood Group a contactarme de las siguientes maneras: (Por favor marque todos lo que corresponda).

Celular: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Otro teléfono: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Correo electrónico: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

* Nota: las comunicaciones por correo electrónico y por teléfono posiblemente no sean seguras con respecto a la confidencialidad

Otras personas con las que podemos contactar, incluidos los padrastros si es relevante:

Nombre: _____, Relación con el paciente: _____

Celular: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Otro teléfono: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Correo electrónico: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención

Nombre: _____, Relación con el paciente: _____

Celular: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Otro teléfono: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

Correo electrónico: _____, □ puede dejar un mensaje con respecto a: □ citas, □ facturación, □ atención.

También autorizo al Grupo Lakewood a que se ponga en contacto con el contacto de emergencia que figura en la primera página del registro en caso de emergencia. Entiendo que existen límites potenciales a la confidencialidad con las comunicaciones por correo electrónico y por teléfono.

Instrucciones especiales:

Enumere las instrucciones especiales para comunicarse con usted o para compartir su información de salud privada

Three horizontal lines for listing special instructions.

FIRMA: Paciente: _____ Fecha: _____ - _____ - _____

Escriba el nombre del paciente: _____

○

Padre o tutor o representante personal: _____ Fecha: _____ - _____ - _____

Nombre impreso: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene un tutor designado por el tribunal, este acuerdo debe ser firmado por el tutor legal del paciente.

Si el acuerdo es firmado por un representante personal del paciente, se debe proporcionar un certificado legal que autorice que dicho representante puede actuar en nombre del paciente.



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-
5161 (972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258
www.lakewoodgroup.net

**Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates,
LLC**

Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D. .
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E. Wilson, Ph.D.
Jeff M. Vance, Ph.D.

Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

ACUERDO DE SERVICIOS AL PACIENTE

Este Acuerdo contiene información sobre la privacidad y los derechos del paciente. Según lo requerido por la ley, su aviso de prácticas de privacidad para uso y divulgación de la información de salud privada (PHI) se publica en www.lakewoodgroup.net y está disponible en nuestra oficina al 972-771-3969. La ley exige que obtengamos su firma reconociendo que se le proporcionó esta información. Su firma representa un acuerdo revocable entre nosotros. Una revocación escrita será vinculante para nosotros a menos que The Lakewood Group haya tomado medidas al confiar en ella; si su aseguradora de salud nos impone obligaciones con el fin de procesar o fundamentar las reclamaciones realizadas en virtud de su póliza; o si usted no ha cumplido o satisfecho ninguna de las obligaciones financieras en las que haya incurrido.

SERVICIOS DE SICOTERAPIA: La naturaleza de la psicoterapia varía según las personalidades del terapeuta y el paciente.

Para que la terapia sea exitosa, tendrá que trabajar en temas de los que se habla tanto durante las sesiones como en casa. La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos.

Debido a que la terapia a menudo implica discutir aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos. Sin embargo, los beneficios de la sicoterapia incluyen mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. No hay garantías de lo que vaya a experimentar.

Su terapeuta evaluará sus necesidades y le ofrecerá recomendaciones de tratamiento. Usted puede hacer cualquier pregunta que desee; si tiene dudas persistentes, su terapeuta le ayudará a obtener una segunda opinión.

SERVICIOS MÉDICOS: Si está bajo tratamiento de un psiquiatra, se puede recetar medicamentos. Su psiquiatra le informará sobre el uso de la medicación y posibles efectos secundarios. Usted tiene derecho a saber acerca de los medicamentos alternativos y las alternativas no médicas. Su psiquiatra hablará sobre las ventajas y desventajas de cada enfoque.

REUNIONES: Las sesiones de sicoterapia consisten en una sesión de 38 a 52 minutos, o una sesión de 53 a 60 minutos, según sus deseos y el reembolso de su compañía de seguros. Las sesiones de gestión de medicamentos duran de 20 o 30 minutos. **Una vez que se haya programado una cita que por alguna razón no vaya a asistir, se esperará a que usted dé aviso de cancelación o se pague una tarifa de cita perdida con 24 horas de anticipación. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no pagan las sesiones canceladas.**

PAGOS A PROFESIONALES: Se adjunta **tabla de tarifas**.

Hay una tarifa adicional por cheques devueltos

REGALOS: Es política de The Lakewood Group no aceptar regalos.

TESTIMONIO EN EL TRIBUNAL: El testimonio en el tribunal no es ofrecido por los profesionales de The Lakewood Group. Si se es citado para su comparecencia para una deposición o para el testimonio en la corte, el firmante acepta pagar \$ 1500.00 por un abogado personal para el proveedor. Además, en caso de citación, se aplicará los honorarios por testimonio en el acuerdo de servicios al paciente. (se aplica la tarifa estándar de honorarios adjunto)

CONTACTO CON SU MÉDICO: El sistema telefónico automatizado le permite dejar un mensaje de voz para su médico, la secretaria de citas u otro personal. También puede hablar directamente a la oficina. Intentaremos devolverle su llamada dentro de las 24 horas, con excepción de los fines de semana y días festivos. Para llamadas urgentes, siga las instrucciones del sistema telefónico para llamar a su médico. Si tiene una emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de urgencias del hospital.

LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD: La ley protege las comunicaciones entre un paciente y un proveedor de salud mental. Típicamente, la información sobre su tratamiento solo se la otorga a otros si usted firma un formulario de autorización por escrito. Este Acuerdo firmado proporciona el consentimiento para lo siguiente:

Es posible que su médico o terapeuta necesite consultar a otros profesionales sobre su caso. Se hace todo lo posible para evitar revelar la identidad de los pacientes. Los Otros profesionales también están legalmente obligados a mantener la información confidencial. Si no se opone, no se le informará sobre estas consultas, a menos que su médico o terapeuta sienta que es importante para su trabajo en conjunto.

Su médico o terapeuta practica con otros profesionales de la salud mental y The Lakewood Group emplea personal administrativo.

En la mayoría de los casos, su médico o terapeuta necesita compartir información protegida con estos profesionales con fines tanto clínicos como administrativos, tales como programación, facturación y aseguramiento de la calidad. Todos los profesionales de salud mental están sujetos a las mismas reglas de confidencialidad. Todos los miembros del personal han recibido capacitación sobre la protección de su privacidad y han acordado no divulgar ninguna información fuera de la práctica sin el permiso de un miembro del personal profesional.

Divulgaciones requeridas por los aseguradores de salud o para cobrar tarifas.

- Si un paciente amenaza seriamente con hacerse daño a sí mismo, su médico o terapeuta puede verse obligado a buscar hospitalización para él o a comunicarse con miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionarle protección.
- Si su tratamiento incluye terapia de pareja, matrimonial o familiar, las notas de cada persona se incluirán en el registro de notas. En el caso de que una parte, solicite registros de notas, puede que no sea posible excluir notas que involucren a otras partes involucradas en las sesiones de tratamiento.

Hay algunas situaciones en las que su médico o terapeuta puede divulgar información sin su consentimiento o autorización:

- Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su tratamiento, dicha información está protegida por la ley. Su médico o terapeuta no puede proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito (o la de su representante legal) o una orden judicial. Si usted está involucrado o está confrontado un litigio, debe consultar con su abogado para determinar si es probable que un tribunal nos ordene divulgar información.
- Si una agencia gubernamental solicita información para actividades de supervisión de salud, es posible que se nos solicite que la proporcionemos.
- Si un paciente presenta una queja o demanda contra un médico o terapeuta de The Lakewood Group, su médico o terapeuta puede revelar información relevante sobre ese paciente con fines de defensa legal.
- Si un paciente presenta una reclamación de compensación para trabajadores, su médico o terapeuta debe, previa solicitud, proporcionar registros relacionados con el tratamiento u hospitalización por la que se solicita la indemnización.

Existen algunas situaciones inusuales en las que su médico o terapeuta está legalmente obligado a tomar medidas para revelar alguna información sobre el tratamiento de un paciente.

- Si su médico o terapeuta cree que un niño ha sido o puede ser abusado o descuidado (incluyendo lesiones físicas, una amenaza sustancial de daño, lesiones mentales o emocionales, o cualquier tipo de contacto o conducta sexual), o que un niño es víctima de una ofensa sexual, o un anciano o un discapacitado está en un estado de abuso, negligencia o explotación, se debe presentar un informe a la agencia gubernamental correspondiente.
Su médico o terapeuta puede entonces ser requerido para proporcionar información adicional.
- Si un médico o terapeuta cree que el paciente se infligirá un daño físico, mental o emocional inminente a sí mismo o a otros, es posible que el médico o el terapeuta requiera tomar medidas de protección divulgando información al personal médico o del orden público o asegurando la hospitalización del paciente.

Si surge una situación de este tipo, su médico o terapeuta hará todo lo posible para hablar con usted antes de tomar cualquier medida.

GRABACIONES: Las grabaciones de audio y / o video durante las citas no están permitidas.

EXPEDIENTES PROFESIONALES: La información protegida de salud sobre usted se guarda en dos sistemas de expedientes:

Su registro clínico incluye información sobre sus razones para buscar terapia, su diagnóstico, objetivos de tratamiento, medicamentos, su progreso, su historial médico y social, su historial de tratamiento, cualquier historial de tratamiento recibido de otros proveedores, informes de consultas profesionales, registros de facturación y reportes que se han enviado a cualquier persona, incluidos los informes a las compañías de seguros. Por lo general, usted tiene derecho de revisión, puede examinar y / o recibir una copia de su historial clínico.

Las notas de psicoterapia ayudan a su médico o terapeuta a proporcionarle tratamiento. Contienen información delicada que usted puede revelar. Mientras Las compañías de seguros pueden solicitar y recibir una copia de su registro clínico, no podrán recibir una copia de sus notas de sicoterapia sin su firma de autorización escrita. Usted puede examinar y / o recibir una copia de sus notas de sicoterapia, a menos que su médico o terapeuta determine que la divulgación sea perjudicial para su salud física, mental o emocional.

DERECHOS DEL PACIENTE: Usted tiene algunos derechos con respecto a su información de salud protegida, incluyendo la solicitud de que su médico terapeuta modifique

su expediente; solicitar restricciones sobre lo que se divulga a otros; solicitar un informe de la mayoría de las divulgaciones de la información médica protegida que no haya sido

autorizada; determinar la ubicación a la que se envían dichas divulgaciones de información protegida, tener quejas sobre las políticas de su médico o terapeuta y procedimientos registrados en sus expedientes; y una copia en papel de este Acuerdo, el formulario de aviso adjunto y nuestras políticas y procedimientos de privacidad.

LOS MENORES Y SUS PADRES: La ley permite a los padres examinar los registros de tratamiento de un menor de edad a menos que el tratamiento sea para la prevención del suicidio, productos químicos, adicción, abuso sexual, físico o emocional. Debido a que la privacidad es a menudo crucial para el éxito, su médico o terapeuta generalmente proporcionará a los padres solo información general del tratamiento del niño. Antes de dar a los padres cualquier información adicional, el médico o el terapeuta conversará del asunto con el niño.

FACTURACIÓN Y PAGOS: El pago se debe realizar en cada sesión, a menos que acordemos lo contrario o que tenga una cobertura de seguro que requiera otro arreglo. Si su cuenta no ha sido pagada por más de 60 días y no se hayan acordado arreglos para el pago, tenemos la opción de utilizar medios legales para asegurar el pago. El uso de una agencia de cobranza o un tribunal de reclamos menores nos requerirá que revelemos información confidencial. En la mayoría de las situaciones la única información divulgada sobre el tratamiento de un paciente es su nombre, la naturaleza de servicios prestados, y el monto adeudado. Si tal acción legal es necesaria, sus costos serán incluidos en el reclamo.

REEMBOLSO DEL SEGURO: Si su seguro de salud brinda cobertura para el tratamiento de salud mental, su médico o terapeuta llenará los formularios y lo ayudará a recibir los beneficios a los que tiene derecho; sin embargo, **usted (no su compañía de seguros) es responsable del pago completo de nuestros honorarios.** Por favor averigüe exactamente qué servicios de salud mental cubre su póliza de seguro.

En el caso de que The Lakewood Group o cualquiera de sus afiliados profesionales presenten reclamos para reembolso de seguro, su firma a continuación autoriza el pago de los beneficios que se remitirá directamente a The Lakewood Group o al afiliado profesional. Si su compañía de seguros le remite el pago por error a su nombre, usted acepta enviar ese cheque junto con cualquier documentación al Grupo Lakewood.

Si su compañía de seguros no paga o rechaza las reclamaciones de pago por los servicios que se le brindaron dentro de los 45 días posteriores a la presentación de la reclamación, su firma a continuación autoriza a The Lakewood Group y / o su proveedor individual a presentar una queja formal en su nombre ante el Comisionado de Seguros de Texas.

El contrato con su compañía de seguros de salud podría requerir que su médico o terapeuta le brinde información como un diagnóstico clínico, planes de tratamiento o resúmenes, o copias de su historial clínico completo. Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros y probablemente será almacenado en una computadora. Aunque todas las compañías de seguros afirman mantener confidencialmente dicha información, The Lakewood Group No tiene control sobre lo que hacen con ella , una vez que está en sus manos. Al firmar este Acuerdo, usted acepta que The Lakewood Group puede proporcionarle información a su operador.

SU FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE HA LEÍDO ESTE ACUERDO Y ACEPTA SUS TÉRMINOS Y TAMBIÉN RECONOCE QUE USTED HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y RECIBIR UNA COPIA DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA DESCRITO ANTERIORMENTE.

Una copia de este documento está disponible a su solicitud.

FIRMA: Paciente: _____ Fecha: _____ - _____ - _____
O padre o tutor o representante personal: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene un tutor designado por el tribunal, este acuerdo debe ser firmado por el tutor legal del paciente. Si el acuerdo es firmado por un representante personal del paciente, se debe proporcionar un certificado legal que autorice que dicho representante puede actuar en nombre del paciente.



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-
5161 (972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258
www.lakewoodgroup.net

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC
Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E. Wilson, Ph.D.
Jeff M. Vance, Ph.D.
Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

**ACUERDO DE SERVICIOS AL PACIENTE
TABLA ESTÁNDAR DE TARIFAS**

Este es nuestro cuadro de tarifa estándar, estas tarifas se deberían pagar a menos que su compañía de seguro de salud tuviera una tarifa negociada más baja. Nuestra oficina verificará su seguro antes de la primera cita y le informará de sus pagos o copagos.

SERVICIO	VALOR
Entrevista sicodiagnóstica Inicial	\$250
Sicoterapia, 53+ min.	\$230
Sicoterapia y, 38-52 min.	\$180
Complejidad interactiva	\$ 10
Pruebas psicológicas o neuropsicológicas, por hora	\$230
Terapia Familiar, 45-50 min.	\$180
Terapia de grupo	\$ 85
Preparación de material para un abogado, por hora	\$230
Comparecencia ante el tribunal por citación	\$1500
Testimonio por deposición, por hora, incluido el tiempo de viaje, Retenedor mínimo de cuatro horas requerido	\$360
Testimonio del Tribunal, por hora, incluido el tiempo de viaje, Retenedor mínimo de cuatro horas requerido	\$600
Cargo por cheque devuelto	\$ 30
Certificado de discapacidad	\$ 50
Carta de Diagnostico	\$ 25
Consulta con personal escolar	\$ 50
Recomendaciones formales para la escuela(incluyendo las pruebas)	\$5 0
Cita perdida (sin aviso de 24 horas), establecida por cada proveedor hasta la tarifa completa	

La tabla de arriba representa nuestras tarifas estándares, cubre la gran mayoría de nuestros servicios. Puede haber una tarifa diferente por servicios específicos de especialidad.

Por favor, consulte con su médico o el personal de la oficina en casos especiales.

Su firma a continuación significa que ha leído esta lista de tarifas y la comprende como parte del Acuerdo de Servicios al Paciente.

FIRMA: Paciente: _____ Fecha: _____ - _____ - _____

O padre o tutor o representante personal: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene un tutor designado por el tribunal, este acuerdo debe ser firmado por el tutor legal del paciente.

Si el acuerdo es firmado por un representante personal del paciente, se debe proporcionar un certificado legal que autorice que dicho representante puede actuar en nombre del paciente.



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-5161 (972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258 www.lakewoodgroup.net

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC
Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E Wilson, Ph.D.
Jeff M. Vance, Ph.D.
Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

INSTRUCCIONES: Muchas compañías de seguros solicitan que se obtenga una divulgación de información para que su terapeuta o médico pueda comunicarse con su médico de atención primaria con respecto a su atención. Es su derecho aceptar o negarse a aceptar tal divulgación. Si usted acepta divulgar esta información, puede ser muy útil para nosotros y para su médico de atención primaria en la coordinación de su atención médica integral. Si usted no desea comunicarse con su medico de atención primaria, firme a la derecha y regrese.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN / INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, _____ autorizo _____
(su nombre) (nombre de su medico de The Lakewood Group)

The Lakewood Group, LLC para liberar y/u obtener de:

Nombre de la persona u organización: _____
Dirección: _____

Telefono:(_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

La información relativa a: _____, Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____.

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción al respecto, al confiar en ella o si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

En cualquier caso, este consentimiento expirará seis (6) meses, después de la fecha de alta del paciente del tratamiento, a menos que otra fecha, evento o condición sea especificada.

Opcional: Fecha especificada _____ - _____ - _____, o evento _____ o condición _____.

Además, entiendo que los servicios pueden no estar supeditados a la firma de mi autorización, a menos que se me proporcionen los servicios para el propósito de crear información de salud para un tercero. También, entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley de privacidad de HIPAA.

Con mi firma a continuación, estoy autorizando a que el propósito de la divulgación sea a solicitud de la persona interesada a menos que se indique lo contrario. Yo también estoy autorizando la divulgación de cualquier o toda la información médica protegida a menos que se indique lo contrario.

Opcional: Propósito de la divulgación de información _____ .

Opcional: la información publicada se limitará a: _____ . _____

FIRMA: Paciente: _____ Fecha: _____ - _____ - _____

O padre o tutor o representante personal: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene un tutor designado por el tribunal, este acuerdo debe ser firmado por el tutor legal del paciente.

Si el acuerdo e firmado por un representante personal del paciente, se debe proporcionar un certificado legal que autorice que dicho representante puede actuar en nombre del paciente.



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Servicios de Salud Mental

2237 Ridge Road □ Suite 101 □ Rockwall, Texas 75087-5161 (972) 771-3969 □ Fax: (972) 771-8258
www.lakewoodgroup.net

Escala de funcionamiento y síntomas
Robert F. Mehl III, Ph.D.

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC

Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E. Wilson, Ph.D.
Jeff M. Vance, Ph.D.

Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A

Nombre: _____ Fecha: _____/_____/_____

Persona que llena este formulario: _____ Yo _____ Padre/Tutor

Por favor marque la escala en el que cada ítem se ha presentado en los últimos (7) días.

Si usted es el padre o el tutor quien completa este formulario en nombre de su hijo menor de edad ,por favor marque la escala en la que usted cree que cada ítem se ha presentado en su hijo durante los últimos siete(7) días .

Por favor marque solamente una escala por ítem .Conteste cada ítem . Los formularios con elementos no contestados o con múltiples respuestas pueden anular todo el formulario.

Marque de forma rápida pero cuidadosa sin perder demasiado tiempo en cada ítem.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Demasiado	
Sentirse abrumado con demasiadas cosas para hacer.....						[1]
Pérdida de interés en actividades normales.....						[2]
Sentirse poco apreciado/a.....						[3]
Sensación de cansancio.....						[4]
Problemas de atención en el trabajo o escuela.....						[5]
Falta de apetito.....						[6]
Sentirse culpado/a por los miembros de su familia.....						[7]
Dificultades con la memoria o la concentración.....						[8]
Querer evitar estar cerca de la gente.....						[9]
Pérdida de interés en el sexo o en el romance.....						[10]
Sentir que no importa lo que haga,todavía sigue metiéndose en problemas.....						[11]
Sentirse nervioso/a o agitado/a por dentro.....						[12]
Problemas para completar las tareas domésticas normales						[13]
Sensaciones repentinas o generales de miedo o pánico.						[14]
Sentir que otros se quejan demasiado por el consumo de bebidas alcoholicas, drogras o uso de la prescripción.....						[15]
Falta de aliento.....						[16]
Sentirse infeliz.....						[17]
Problemas para dormir.....						[18]
La salud física a interferido con sus actividades cotideanas						[19]
Sentirse tenso/a.....						[20]

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Demasiado	
Problemas de concentración en el trabajo o escuela.....						[21]
Sentimientos de debilidad.....						[22]
Querer romper, aplastar o romper las cosas.....						[23]
Sentimientos o acciones suicidas						[24]
No sentirse cerca de los miembros de la familia.....						[25]
Los sentimientos son frecuente y fácilmente heridos.....						[26]
Falta de ejercicio.....						[27]
Sentir que algo esta mal en su mente.....						[28]
Sentirse enojado con los demás.....						[29]
Sentirse desagradable hacia los demás.....						[30]
Sentir que las autoridades tienen la culpa de algunos de mis problemas						[31]
Sentirse inadecuado.....						[32]
Descuidar de la higiene, limpieza o la pulcritud.....						[33]
Sentirse desesperado por el futuro						[34]
Usar medicamentos recetados para el dolor, la tranquilidad o el sueño (sean prescritos o no)						[35]
Sentirse solo.....						[36]
Sentirse angustiado/a.....						[37]
Temores específicos (como arañas, serpientes, espacios cerrados, alturas, etc.)...						[38]
Enfermarse con demasiada facilidad.....						[39]
Sentirse inseguro/a fuera de casa.....						[40]
Problemas para trabajar tan cuidadosamente como de costumbre.....						[41]
Sentimientos de culpa.....						[42]
Sentir fuera de control mi temperamento.....						[43]
No sentir que valga la pena.....						[44]
Sentirse enojado o irritado con los miembros de su familia.....						[45]
Preocupación por el sexo.....						[46]
No tomarse tiempo para relajarse.....						[47]
Sentirse incapaz de controlar los pensamientos o actividades.....						[48]
No es capaz de participar en actividades sociales regulares.....						[49]
Sentirse incapaz de controlar los sentimientos.....						[50]

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Demasiado	
Tomar órdenes de personas que saben menos que yo.....						[51]
Preocupación por el peso.....						[52]
Gasta más dinero de lo que tiene o dispone.....						[53]
Problemas con los pensamientos que van demasiado rápido.....						[54]
Uso de drogas ilegales.....						[55]
Sentirse insatisfecho con las cosas.....						[56]
Tener pensamientos perturbadores.....						[57]
Tener dificultad con el continuo dolor						[58]
Ver o escuchar cosas que otros no ven ni escuchan.....						[59]
Problemas para terminar el trabajo o la tarea escolar.....						[60]
Sentir que otros están tratando de atraparme.....						[61]
Sentir ganas de herirme o lastimarme a mi mismo.....						[62]
Ser incapaz de terminar las tareas.....						[63]
Sentir que los miembros de la familia están fuera de si mismos.....						[64]
Sentirse deprimido.....						[65]
Dificultad para darme tiempo libre.....						[66]
Sentir enojo.....						[67]
Sensación de conflicto cada vez mayor con los demás.....						[68]
Sentir que otros se interponen en el camino de mi felicidad.....						[69]
Meterse en problemas con las autoridades.....						[70]
Sentir que otros tienen control de mi mente.....						[71]
No comer regularmente.....						[72]
Tener dolores y molestias frecuentes.....						[73]
Bebe alcohol.....						[74]
Tener dificultad para tomar decisiones.....						[75]
Miedo a abusar de los niños.....						[76]
Sentirse no saludable físicamente.....						[77]
Evita los espacios abiertos.....						[78]
Considerar como herir, golpear o lastimar a otra persona.....						[79]
Evita las multitudes.....						[80]

