

## **El programa de cuidado de telesalud**

**Tele: 979.436.0700 Fax: 979.436.0062**

[health.tamu.edu/telehealth](http://health.tamu.edu/telehealth)

### **Información para el cliente y preguntas frecuentes**

#### **Descripción de los servicios**

El programa de cuidado de telesalud (TBC) es una clínica sin fines de lucro de capacitación y servicios psicológicos operada por Texas A&M Health. La clínica está operada bajo la administración de la facultad de Psicología Educacional y la facultad de Psiquiatría en Texas A&M Health. Los servicios psicológicos son proporcionados por un equipo compuesto de psicólogos licenciados y profesionales de la salud mental del cuerpo de profesores y de estudiantes graduados del departamento que son suficientemente avanzados en su capacitación clínica en las especialidades de consejero, escuela y clínica psicología estudiantil. La TBC está abierta de 8 am a 5 pm, pero las horas de los sitios remotos puede tener diferentes horas de trabajo. Los servicios proporcionados por TBC son principalmente servicios de "telesalud", que literalmente significa "salud a distancia." La mayoría de los servicios se llevan a cabo utilizando equipos seguros y confidenciales de videoconferencia, mientras que algunas sesiones de seguimiento pueden realizarse por teléfono o videoconferencia en casa. Las sesiones por teléfono o videoconferencia en casa no están garantizadas y el consejero y su supervisor determinan la idoneidad del cliente para estas modalidades. Usted es responsable de cualquier tarifa asociada con otras clínicas que visite bajo el sistema Texas A&M Health. Los servicios de consejería en el TBC en los condados elegibles son gratuitos.

#### **¿Qué es la consejería?**

Explicar lo que es la consejería en términos generales no es fácil. La consejería varía dependiendo de las personalidades del consejero y el cliente y los problemas particulares que usted presenta. Hay muchos métodos diferentes para tratar los problemas que usted espera considerar. Consejería no es como visitar al médico. En su lugar, **exige un esfuerzo muy activo de su parte**. Para que la consejería tenga el mayor de los éxitos, tendrá que practicar las cosas que hemos hablado durante nuestras sesiones y en su casa. La consejería puede tener beneficios y riesgos. Como la consejería incluye la discusión de aspectos desagradables de su vida, podría experimentar sensaciones incómodas como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad y desamparo. Por otro lado, se ha demostrado que la consejería tiene beneficios para las personas que pasan por ella. A menudo la consejería logra mejorar las relaciones, solucionar problemas específicos y una reducción significativa de los sentimientos de angustia. Pero no hay garantías de lo que experimentará.

#### **¿Qué puedo esperar en la TBC?**

La primera sesión incluirá una evaluación de sus necesidades que se centra principalmente en compartir y recopilar información. Se puede formar un plan preliminar al final de la cita con una evaluación adicional de sus necesidades y el establecimiento de objetivos que a menudo se producen para un par de sesiones más. Hacia el fin de la evaluación, su consejero tendrá la posibilidad de ofrecerle algunas de las primeras impresiones de lo que incluirá su práctica y un plan de tratamiento a seguir, si decide continuar con la consejería. Nos reservamos el derecho de finalizar el tratamiento y referirlos a otros servicios en cualquier momento durante su tiempo con el TBC. Esto se debe a que el TBC es una clínica de capacitación y estamos obligados a trabajar dentro de nuestras competencias éticas y profesionales. Si continúa con la consejería, típicamente, se reunirá una vez cada semana por 45 minutos durante un tiempo concordado.

#### **¿Qué pasa si la tecnología no funciona?**

Si su sesión de video se desconecta, por favor espere a que su consejero intente y vuelva a conectarse. El consejero intentará solucionar cualquier problema y completar la sesión a través de video. Si la conexión no se puede reanudar, usted y el consejero pueden decidir si realizar la sesión por teléfono. Además, la plataforma de video utilizada proporciona soporte 24/7 al que puede acceder si hay problemas en su extremo. Para acceder llame al 800-490-2788 para ayuda en español. Si usted está teniendo una sesión de teléfono y

la llamada se desconecta, su teléfono se queda sin minutos, etc., por favor llame a la clínica de vuelta de un teléfono que funcione para terminar su sesión o llamar de nuevo dentro de 24 horas para volver a programar su sesión.

### **Dado que es telesalud, ¿puedo realizar mi sesión en cualquier lugar?**

Si su sesión no se encuentra en el sitio de la clínica remota, se espera que lleve a cabo sesiones de video y por teléfono en el hogar desde una ubicación segura y confidencial dentro de nuestra área de servicio del Valle de Brazos. Se espera que conducirá cualquier sesión telefónica de una ubicación segura, confidencial dentro de nuestra área de servicio del Valle Brazos. No estamos familiarizados con los recursos de emergencia o de referencia fuera de nuestra área de servicio y no seríamos capaces de cuidar adecuadamente de usted en caso de una emergencia si usted viaja fuera de nuestra región. Además, las licencias de supervisor no se extienden fuera del estado de Texas. Usted no debe llevar a cabo su sesión de video en casa o su sesión telefónica mientras conduce o en un lugar donde puede distraerse o donde su confidencialidad podría estar en cuestión, como el supermercado o el taller de reparación de automóviles.

### **Límite de sesión**

Cada cliente es también sostenido a un límite de 20 sesiones dentro de cada año civil. Puede acceder a otros servicios dentro de Texas A&M Health de acuerdo con sus políticas.

### **Evaluaciones semanales**

La TBC utiliza herramientas de evaluación de rutina que se completarán antes de cada sesión. La evaluación se enviará a su correo electrónico y los completará en línea. En primer lugar, estas evaluaciones se utilizan mucho como un termómetro se utiliza en el consultorio de su médico. Su consejero puede obtener un "termómetro emocional" leyendo sus síntomas y niveles de angustia. Por favor pregunte a su consejero para más información sobre sus resultados de evaluación en cualquier momento. Nuestras evaluaciones semanales también se utilizan para reportar a nuestras fuentes de financiamiento para demostrar que nuestros servicios son valiosos efectivos. Pero no te preocupes, siempre desidentificamos los datos de estas evaluaciones semanales para que las respuestas no puedan ser remontadas de ninguna manera.

### **Cómo entrar en contacto con su consejero**

Aunque utilizaremos el correo electrónico para iniciar sesión y algunos otros recordatorios o anuncios a través del programa de telesalud, el correo electrónico y las redes sociales no son métodos seguros de comunicación. Es política del TBC no permitir la comunicación entre consejeros y clientes por correo electrónico o cualquier aplicación de redes sociales. Además, la TBC estará cerrado durante los feriados y descansos de la universidad. Cuando la TBC está abierto, puede dejar un mensaje con la personal de la TBC quien contactará a su consejero. Cuando TBC está cerrado, por favor deje un mensaje en la maquina contestadora. Acuérdesse que pueden pasar muchos días antes de que su consejero pueda entrar en contacto con usted. Por favor informe al consejero a qué horas usted estará disponible. En caso de emergencia, refiérase a los procedimientos de emergencia abajo.

### **Procedimientos de emergencia**

La TBC es un centro de capacitación que funciona con los horarios de la universidad de Texas A&M. Durante las horas que la clínica no está abierta, la maquina contestadora le permitirá dejar un mensaje. La ayuda de emergencia durante las noches, fines de semana y feriados está disponible a través de llamadas a 911 o a uno de los siguientes números:

Línea de 24 horas de MHMR 1-888-522-8262 • Sheriff del Condado de Brazos 979-361-4900  
Hospital St. Joseph 979-776-3777

### **Procedimiento para presentar quejas**

Si en algún momento no está satisfecho con los servicios que está recibiendo en la clínica, por favor notifique al Dr. Carly McCord, Directora de Servicios Clínicos a la TBC. Además, si alguien cree que un profesional licenciado por la Junta ha violado, ya sea, el Acta de Licencia del Psicólogo (ley estatal) o las reglas de la Junta podría presentar una queja al Texas State Board of Examiners of Psychologists (Junta Examinadora de Psicólogos del Estado de Texas).

**Family Care, Bryan**  
2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
2900 E. 29th St.  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
Navasota, TX 77868  
PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
8441 Riverside Pkwy  
Bryan, TX 77807  
PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
PH: (979)436-0700

## Horas de oficina

### Cuidado Familiar, Bryan

Lunes & Jueves  
8AM – 7PM

Martes, Miércoles, Viernes  
8AM – 5PM

### Psiquiatría

Lunes-Viernes  
8AM – 5PM

### Salud del Comportamiento Bryan

Lunes & Jueves  
8AM – 7PM

Martes, Miércoles, Viernes  
8AM – 5PM

### Cuidado Familiar, Navasota

Lunes & Jueves  
8AM – 5PM

Viernes  
8AM – 12PM

### Salud del Comportamiento

Lunes-Viernes  
8AM – 5PM

**After Hour Care / Cuidado después:** de la hora: siempre hay un médico de guardia. El médico hará todo lo posible para ayudarlo, pero es posible que se necesite un examen para brindar una mejor atención. Es posible que el médico deba pedirle que vaya a otro lugar, como una sala de emergencias, para que se pueda brindar atención inmediata.

### Llegando a su cita:

Traiga a su cita todos los registros médicos anteriores y / o registros de vacunación, todos los medicamentos actuales dentro de sus frascos originales, tarjeta de seguro e identificación con foto.

El paciente debe llegar 10-15 minutos antes de su cita programada. Los nuevos pacientes deben llegar al menos 30 minutos antes de su cita programada para asegurarse de que toda la información del paciente nuevo esté completa antes de la hora programada de su cita.

### Tratamiento de menores:

Los pacientes menores de 18 años deben estar con un padre o tutor legal O tener permiso por escrito para el tratamiento de un padre o tutor legal si están acompañados por otro adulto. Para citas en persona, un adulto debe permanecer con el menor en todo momento. Si el menor queda desatendido, el tratamiento no avanzará y la cita puede cancelarse.

### Uso del teléfono celular:

Para brindar la mejor atención posible, no solicitamos el uso del teléfono celular durante las visitas de los pacientes. Es en interés de su seguridad que brinde toda su atención a su equipo de atención y sea un participante activo en su plan de tratamiento.

### Recetas y recargas:

El mejor momento para obtener una receta médica es en su cita. Si necesita una recarga, comuníquese con su farmacia y espere 72 horas para el procesamiento. NO espere hasta que se haya quedado sin medicamento. Algunos medicamentos tienen efectos secundarios que deben observarse. Requerimos citas de chequeo cada 3-4 meses para estos medicamentos. Asegúrese de cumplir con estas citas de seguimiento. Algunas recetas NO PUEDEN ser llamadas entrante; Estas recetas deben escribirse para que



**Family Care, Bryan**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
 Navasota, TX 77868  
 PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
 8441 Riverside Pkwy  
 Bryan, TX 77807  
 PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
 PH: (979)436-0700

las recoja y se procesarán dentro de las 72 horas. Se requiere que traiga una identificación con foto cada vez que retire estas recetas.

**Sustancias controladas:**

NO llamamos sustancias controladas después de horas. Nuestros médicos pueden recetar sustancias controladas, pero solo después de revisar sus registros. Los medicamentos se procesarán dentro de las 72 horas, si se recetan. Si requiere el uso crónico de sustancias controladas, nuestros médicos pueden derivarlo a un médico especial. También se le puede pedir que acepte un contrato de sustancias controladas / medicamentos para el dolor y / o que acepte someterse a exámenes de drogas en orina.

**Despido de Texas A&M Health:**

Si es despedido de nuestra práctica, ya no puede programar citas, obtener resurtidos de medicamentos ni recibir atención de ningún proveedor de Texas A&M Health. Por favor, comprenda que podemos despedirlo como paciente por cualquiera de las siguientes acciones:

- No venga a programar citas.
- No siga las instrucciones del proveedor para su plan de tratamiento.
- Utiliza incorrectamente sustancias controladas, incluidos los medicamentos para el TDAH.
- Usted o un miembro de su familia usa lenguaje inapropiado o abusivo con nuestros proveedores y / o personal O muestra un comportamiento violento o amenazante que pone en riesgo a nuestros proveedores, personal y / u otros pacientes y visitantes.

**Por favor firme y la fecha que ha leído y entendido nuestra política de oficina.  
 Gracias**

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente (en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_  
*la fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

**nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Family Care, Bryan**  
2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
Navasota, TX 77868  
PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
8441 Riverside Pkwy  
Bryan, TX 77807  
PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
PH: (979)436-0700

### **Definición de una cita de "No presentación"**

Texas A&M Health define una cita de "No presentación" como cualquier cita programada en la que el paciente:

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de anticipación.
- Llega más de 10 minutos tarde y, por lo tanto, no puede ser visto.

Impacto de un de una cita "No-Show" Las citas de "no presentación" tienen un impacto negativo significativo en nuestra práctica y la atención médica que brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente "no se presenta" una cita programada:

- Potencialmente pone en peligro la salud del paciente "no show"
- Es injusto (y frustrante) para otros pacientes que habrían ocupado el puesto de cita

### **Cómo evitar obtener un "No-Show"**

1. Confirme su cita
2. Llegue 10-15 minutos antes.
3. Avisar con al menos 24 horas de anticipación para cancelar la cita

1. Confirmación de la cita: Texas A&M Health intentará comunicarse con usted 1-2 días antes de su cita programada para confirmar su visita. Asegúrese de confirmar su cita a través de esta llamada.

2. Llegue siempre de 10 a 15 minutos antes: cuando programe una visita al consultorio con nosotros, esperamos que llegue a nuestra práctica de 10 a 15 minutos antes de su visita programada. Esto le da tiempo a usted y a nuestro personal para abordar cualquier pregunta de seguro o facturación y documentación, si es necesario, antes de la visita programada.

3. Avise con 24 horas de anticipación si necesita cancelar: cuando necesite cancelar o reprogramar su visita, esperamos que se comunique con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la visita programada. Esto nos permite una cantidad de tiempo razonable para determinar la forma más adecuada de reprogramar su atención, así como también nos da la oportunidad de volver a reservar el espacio de cita ahora vacante con otro paciente.

### **Consecuencias de los nombramientos "No-Show"**

Si pierde 3 citas consecutivas O 4 en total dentro de un período de 12 meses, puede ser dado de baja de la clínica.

He leído y entiendo la Política de "No presentación" de la Clínica de Salud de Texas A&M como se describe anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
fecha



**Family Care, Bryan**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
 2900 E. 29th St.  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
 Navasota, TX 77868  
 PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
 8441 Riverside Pkwy  
 Bryan, TX 77807  
 PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
 PH: (979)436-0700

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre anterior, si corresponde: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
 Habla a: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celda: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.  
 Fecha de nacimiento: // Sexo:  Masculino  Femenino  Desconocido  
 Número de seguridad social: - - \_\_\_\_  
 Proveedor de referencia: \_\_\_\_\_ Farmacia preferida: \_\_\_\_\_  
 Estado civil:  Soltero  Casado  Pareja  Divorciado  Viudo  Separado legalmente  
 Idioma: \_\_\_\_\_  
 Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico  Blanco  
 Otro  
 Etnia:  Hispano / Latino  No Hispano / Latino

**Si menor o estudiante:**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: //.  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: //.  
 Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: //.  
 Habla a: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: - - \_\_\_\_  
 Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celda: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia (no propio / padre):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celda: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



**Family Care, Bryan**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
 Navasota, TX 77868  
 PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
 8441 Riverside Pkwy  
 Bryan, TX 77807  
 PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
 PH: (979)436-0700

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD**

He revisado el Aviso de privacidad del Texas A&M Health Science Center. Esta política explica cómo se usará y dará a conocer mi información médica. Puedo solicitar una copia de este documento sin costo alguno si lo solicito.

Copia solicitada por el paciente:  Sí  No

**CONSENTIMIENTO PARA RECONCILIACIÓN DE RECETA**

Yo, \_\_\_\_\_, dejaré que mi médico y / o su personal revisen mis facturas de mi farmacia para ver qué medicamentos he comprado.

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA AL REPRESENTANTE PERSONAL**

Yo, \_\_\_\_\_, consiento que mi información sea divulgada a las siguientes personas. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo lo notifique por escrito.

- Horario de citas
- Facturación / información demográfica
- Información médica
- NO divulgue ninguna información, excepto a proveedores de atención médica

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Relación



**Family Care, Bryan**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
 Navasota, TX 77868  
 PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
 8441 Riverside Pkwy  
 Bryan, TX 77807  
 PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
 PH: (979)436-0700

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA TELECOMUNICACIONES / CORREOS ELECTRÓNICOS**

Autorizo a Texas A&M Health a enviar mensajes de texto y / o correos electrónicos con respecto a recordatorios de citas a mí / representantes en el número de teléfono celular y / o correo electrónico proporcionado. Al aceptar estos términos, acepto que todas las personas asociadas con mi cuenta pueden recibir alertas que hagan referencia al garante y / o dependientes de la cuenta. Pueden aplicarse cargos por mensajes de texto de mi proveedor de telefonía celular.

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular del paciente / tutor

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente / tutor

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular del individuo autorizado

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Correo electrónico del individuo autorizado

Relación individual autorizada

Mi firma a continuación indica que declaro y garantizo que soy la persona legalmente responsable del uso de las cuentas, que tengo al menos 18 años de edad y que estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto. Entiendo que esta autorización solo se puede revocar por escrito. Es importante saber que la comunicación de texto no siempre es segura. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y, por este motivo, no comunicamos información personal de salud a través de este método.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o tutor legal Relación con el paciente



**Family Care, Bryan**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
 2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
 Bryan, TX 77802  
 PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
 1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
 Navasota, TX 77868  
 PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
 8441 Riverside Pkwy  
 Bryan, TX 77807  
 PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
 PH: (979)436-0700

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDO FINANCIERO**

Yo, \_\_\_\_\_, (si es menor, para \_\_\_\_\_) por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento médico, incluidos procedimientos de diagnóstico, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos, proporcionados por Texas A&M Health o sus representantes autorizados, ya que pueden ser necesarios según su criterio profesional para demostrar que son apropiados. atención médica.

Todos los honorarios médicos se deben al momento de su cita, a menos que se hayan aprobado otros arreglos.

- Los servicios se prestan al paciente, no a la compañía de seguros. Nuestra oficina archivaré su seguro si se recibe la información adecuada.
- Usted es responsable de los copagos, deducibles, servicios no cubiertos, coseguros y artículos que su seguro considere "no médicamente necesarios".
- Para reclamos impagos de más de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su compañía de seguros y el saldo puede considerarse vencido y pagadero.
- Es su responsabilidad notificar a la oficina sobre cualquier cambio en su seguro o demografía.
- Usted será responsable de los cargos que ocurran si los cambios en su seguro actual no se comunican en el momento del servicio.
- Los gastos ocurridos para cobrar la deuda responsable del paciente pueden cargarse al paciente o al garante.
- Firmando,
- Autorizo a Texas A&M Health a enviar facturas a mi compañía de seguros por los servicios prestados por mis proveedores médicos.
- Autorizo la divulgación de información de la información médica necesaria del paciente para procesar reclamos asociados con la atención médica.
- Autorizo el pago a Texas A&M Health por los servicios prestados por ellos.
- He recibido y / o acepto los siguientes acuerdos y / o políticas:
- Aviso de privacidad
- Reconocimiento de política de no presentación
- Consentimiento para la reconciliación de recetas
- Consentimiento para divulgar información médica al representante personal
- Acuerdo de consentimiento para telecomunicaciones / correos electrónicos
- Consentimiento de tratamiento médico y acuerdo financiero

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

Fecha \_\_\_\_\_



**Family Care, Bryan**  
2900 E. 29<sup>th</sup> St.;  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Behavioral Health**  
2900 E. 29<sup>th</sup> St.  
Bryan, TX 77802  
PH: (979)776-8440

**Family Care, Navasota**  
1905 Dove Crossing Ln, Suite A  
Navasota, TX 77868  
PH: (936)825-0755

**Psychiatry**  
8441 Riverside Pkwy  
Bryan, TX 77807  
PH: (979)774-8200

**Telebehavioral Care**  
PH: (979)436-0700

## Formulario de autorización de grabación de audio / video

Entiendo que la grabación de audio / video puede ocurrir durante mis visitas a la clínica con fines de supervisión y enseñanza:

Entiendo que los aprendices médicos y los aprendices de consejeros son supervisados por un psicólogo y / o médico con licencia durante todas las visitas clínicas grabadas en audio / video.

Entiendo que el personal médico y los aprendices médicos pueden ver mi cita a través del uso de grabaciones audiovisuales con el propósito de supervisión clínica y enseñanza.

Entiendo que las grabaciones de audio / video de mis visitas a la clínica se usan solo con el propósito de supervisión clínica y enseñanza.

Entiendo que los registros de audio / video de mis visitas a la clínica cumplirán con todas las regulaciones de HIPAA y se almacenarán en una computadora protegida con contraseña.

Entiendo que estas grabaciones no son parte de mi historial médico y se eliminarán anualmente el 30 de junio.

- He leído (o escuchado a un miembro del personal leerme si no puede leer), entiendo y ACEPTO los procedimientos descritos para la grabación de audio / visual.
- He leído (o he escuchado a un miembro del personal leerme si no puede leer), entiendo y NO ACEPTO los procedimientos descritos para la grabación de audio / visual

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente (en letra de imprenta)*

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el paciente*

# LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO DE SALUD “AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD”

Fecha de Validez: 14 de abril de 2003; revisado el 17 de septiembre de 2013

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN**

### **POR FAVOR, LÉA CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, nuestras políticas o sobre la ubicación de las clínicas, por favor comuníquese con el Funcionario de Confidencialidad del Centro de Ciencias de la Salud de Texas A&M en: 200 Technology Way, College Station, Texas 77845, (979) 436-9248.

### **¿Quiénes somos?**

Este Aviso describe las prácticas de confidencialidad del Centro de Ciencias de la Salud de Texas A&M (TAMHSC por sus siglas en inglés) y los servicios ofrecidos por sus Proveedores de Atención de la Salud (Universidad de Medicina y Colegio de Odontología). Las leyes federales nos requieren que le demos a usted este Aviso.

### **¿Quién seguirá este Aviso?**

Este Aviso describe a nuestros Proveedores de Atención de la Salud de TAMHSC y a aquéllos:

- Profesionales de atención de la salud que son miembros de nuestra fuerza laboral autorizados para tener acceso y/o ingresar información a su historia clínica o a su registro de facturación;
- Todos los departamentos y unidades de nuestras clínicas;
- Todos los empleados/as, voluntarios/as y otro personal de clínica considerado parte de nuestra fuerza laboral; y,
- Las entidades de atención de la salud y oficinas médicas propiedad de o afiliadas con nuestros Proveedores de Atención de la Salud.

### **Nuestro compromiso con relación a la información médica y de facturación**

Nosotros entendemos que la información sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica y de facturación. Nosotros creamos un registro de la atención y de los servicios que usted recibe de nuestros Proveedores de Atención de la Salud. Tradicionalmente, ese registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, el plan para atención o tratamiento futuro y los cargos o facturas por servicios relacionados con su atención. Esos registros se usan para darle a usted una atención de calidad y para cumplir con determinados requerimientos legales.

Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestros Proveedores de Atención de la Salud. Usted puede recibir un Aviso diferente si la atención es brindada en una entidad afiliada.

Este Aviso le informará sobre las formas en las que podemos usar y revelar información médica y de facturación sobre usted. Nosotros también describimos sus derechos y determinadas obligaciones que tenemos con relación al uso y revelación de su información médica.

La ley nos exige que:

- Nos aseguremos de que la información médica y de facturación que lo/a identifica a usted se mantenga confidencial;
- Le demos este Aviso sobre nuestros deberes legales y de confidencialidad de las clínicas con respecto a la información médica y de facturación sobre usted; y
- Observar los términos del Aviso vigente.

### **¿Cómo podemos usar y revelar la información médica y de facturación sobre usted?**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que nosotros usamos y revelamos información médica y de facturación. Para cada categoría de usos o revelaciones explicaremos qué es lo que significa y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o revelaciones incluidos en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y revelar información caerán dentro de una de las categorías.

## **Revelación electrónica**

Su información protegida sobre salud está sujeta a revelación electrónica. Si nosotros revelamos en forma electrónica su información protegida sobre salud por alguna razón que no sea por tratamiento, pago, operaciones de atención de la salud, o de algún otro modo autorizado o exigido por la ley, no podemos hacerlo sin su autorización para cada revelación.

A solicitud suya, estamos autorizados a enviarle información protegida sobre su salud vía correo electrónico. Sin embargo, hay importantes riesgos asociados al uso de correos electrónicos no encriptados.

## **Para tratamiento**

Nosotros podemos usar la información médica sobre usted para darle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras/os, técnicos, personal administrativo u otro personal médico que esté involucrado en atenderlo mediante nuestros Proveedores de Atención de la Salud.

También podemos revelar información sobre usted a otros proveedores de atención de la salud fuera de nuestras clínicas de modo que puedan tratarlo. Por ejemplo, su médico puede estar tratándolo por un problema cardíaco y puede necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El doctor puede usar su historia clínica para decidir qué tratamiento es el mejor para usted. Él también puede decirle a otro médico sobre su estado de modo que ese médico pueda ayudarlo a determinar la atención más adecuada para usted.

Personal diverso en nuestras oficinas podrá compartir información sobre usted y revelar información a personas que no trabajan en nuestras oficinas con el fin de coordinar su atención, como por ejemplo pasar recetas por teléfono, programar trabajo de laboratorio y ordenar exámenes de rayos X. Nosotros también podemos revelar información médica sobre usted a miembros de su familia y otros profesionales de atención de la salud fuera de nuestras clínicas que pudieren estar involucrados en su atención médica. Esa información es compartida sobre la base de que otro personal de atención de la salud “necesite conocer” información sobre usted para darle un tratamiento necesario que sea seguro.

## **Por pago**

Nosotros podemos usar y revelar información médica sobre usted de modo que el tratamiento y los servicios que usted recibe en nuestra clínica se puedan facturar y el pago se le pueda cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar dar a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí de modo que su plan de salud nos pague o le reintegre a usted el dinero por el servicio. Nosotros también podemos decirle a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Nosotros también podemos usar o revelar su información de salud a nuestro departamento/compañía de facturación o agencias de información crediticia del consumidor para el manejo de reclamaciones o actividades de cobranza relativas al cobro de pagos que se nos adeuden.

## **Por operaciones de atención de la salud**

Nosotros podemos usar y revelar información médica sobre usted para operaciones de la oficina. Esos usos y revelaciones son necesarios para una atención de calidad del paciente. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le den a usted. También podemos usar la información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos volvernos más eficaces o si determinados tratamientos son efectivos.

Nosotros podemos omitir información que lo identifique de este conjunto de información médica de modo que otros puedan usarla para estudiar la atención de la salud y el suministro de atención de la salud sin saber quién es usted u otros pacientes como personas. Nosotros podemos dar información sobre usted a otros proveedores de atención de la salud, planes de salud, o entidades habilitadoras de atención de la salud para realizar actividades tales como evaluación de calidad, manejo de casos, capacitación y estudio de grupos de personas con el fin de mejorar la salud.

## **Recordatorios de citas**

Nosotros podemos usar y revelar información médica para comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para exámenes, tratamiento o atención médica.

## **Alternativas de tratamiento**

Nosotros podemos usar y revelar información médica para decirle o recomendarle sobre opciones o alternativas posibles de tratamiento que pueden ser de interés para usted u ofrecerle alternativas de atención opcionales.

## **Productos y servicios relacionados con la salud**

Nosotros podemos usar y revelar información médica para decirle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés para usted.

## **Personas involucradas en su atención o en el pago por su atención**

A menos que usted nos indique algo distinto, nosotros podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o miembro de su familia que esté involucrado en su atención médica. Nosotros podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su atención. También podemos decirle a su familia o a amigos sobre su estado y que usted está en nuestra clínica. Además, podemos revelar

información médica sobre usted a una entidad que nos ayude en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre de modo que su familia pueda ser notificada sobre su condición, su estado y el lugar donde se encuentra.

### **Asociados comerciales**

Hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de contratos con asociados comerciales. Los ejemplos pueden incluir servicios de transcripción, de facturación o de intercambio de información sobre reclamaciones por servicios de atención médica. Cuando se contratan esos servicios, podremos revelar su información de salud a nuestros asociados comerciales de modo que ellos puedan realizar los trabajos que les hemos pedido que hagan y facturarle a usted o al tercero pagador por usted por los servicios brindados. Todos nuestros asociados comerciales, incluyendo contratistas y sub-contratistas que reciben o tienen acceso a información de salud protegida, están obligados a proteger la confidencialidad de su información y no se les permite usar ni revelar información alguna que no sea según lo especificado en nuestro contrato.

### **Investigación**

Bajo determinadas circunstancias, podemos usar y revelar información médica sobre usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud y la recuperación de pacientes que recibieron un medicamento con la de aquellos que recibieron otro por el mismo problema de salud. Antes de que usemos o revelemos la información médica para investigación, el proyecto atravesará un proceso especial de aprobación. En determinadas circunstancias, se nos permite revelar información médica sobre usted a personas que se preparan para investigar. Por ejemplo, los investigadores pueden estar buscando pacientes con necesidades de tratamiento específicas para desarrollar un protocolo de investigación, pero no pueden retirar de las instalaciones de la clínica la información médica que analizan.

### **Bajo requerimiento legal**

Nosotros revelaremos información médica sobre usted cuando así nos sea requerido por las leyes federales, estatales o locales.

### **Para impedir una amenaza grave para la salud o la seguridad**

Nosotros podemos usar o revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otra persona. Toda revelación, no obstante, solo sería a alguien capaz de ayudar a impedir la amenaza.

### **Donación de órganos y tejidos**

Si usted es donador de órganos, nosotros podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la procuración de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donadores de órganos, según fuere necesario, para facilitar la donación y trasplante de órganos y tejidos.

### **Personal militar**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, activo o en reserva, nosotros podemos dar información médica sobre usted según lo requieran los mandos militares. Nosotros también podemos divulgar información médica acerca de mandos militares extranjeros. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera pertinente.

### **Indemnización por accidentes laborales**

Nosotros podemos revelar información médica sobre usted según fuere necesario para cumplir con las leyes relacionadas con indemnizaciones por accidentes laborales o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Riesgos a la salud pública**

Nosotros podemos revelar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Esas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos y fallecimientos;
- Denunciar abuso o abandono infantil;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar a la gente sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad, o quien pudiere estar en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o padecimiento; y
- Notificar a la autoridad pertinente gubernamental o de cumplimiento de la ley si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Nosotros solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando fuere exigido o autorizado por la ley.

### **Actividades de supervisión de la salud**

Nosotros podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Esas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias para ejercer una profesión. Esas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

## **Juicios y controversias**

Si usted estuviere involucrado en un juicio o en una controversia, nosotros podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Nosotros podemos también divulgar información médica sobre usted en respuesta a una comparecencia, solicitud de descubrimiento u otro proceso legítimo por alguien más involucrado en la controversia, pero solo si se hubieren hecho todos los esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

## **Cumplimiento de la ley**

Nosotros podemos divulgar información médica si nos lo pidiera un funcionario policial;

- En respuesta a una orden judicial, comparecencia, mandato, citatorio o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito, si bajo determinadas circunstancias limitadas no pudiéramos obtener el acuerdo de la persona;
- Acerca de una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- Acerca de una conducta delictiva en la clínica; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, el lugar del delito o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

## **Forenses, examinadores médicos y directores funerarios**

Nosotros podemos revelar información médica a un forense o investigador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica sobre usted como paciente de nuestros Proveedores de Atención Médica a directores funerarios según lo necesitaren para llevar a cabo sus deberes.

## **Seguridad nacional y actividades de inteligencia**

Nosotros podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

## **Servicios de protección para el Presidente y otros**

Nosotros podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados de modo que puedan proveer protección al Presidente, a otras personas autorizadas y jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

## **Reclusos**

Si usted es un recluso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial, nosotros podemos dar información médica sobre usted a la institución correccional o funcionario policial. Esta revelación sería necesaria (1) para que la institución le brinde atención de la salud; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) por la seguridad para la vida humana y técnica de la institución correccional.

## **Otros usos de la información médica: autorización y derecho a revocar la autorización**

Los siguientes usos y divulgaciones de su información protegida sobre salud se harán solo con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de información protegida sobre salud para fines de comercialización;
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su información protegida sobre salud; y
3. Divulgaciones de avisos de psicoterapia, excepto para determinados tratamientos, actividades de pago o de operaciones de atención de la salud.

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este Aviso ni por las leyes que nos rigen a nosotros, se harán solo con su autorización escrita. Si usted nos autoriza a divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted para las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted comprende que nosotros no podemos retirar las divulgaciones ya realizadas con su autorización, y que las leyes estatales nos exigen retener nuestros registros de la atención que le brindamos a usted.

## **Vacunas infantiles**

Nosotros podemos divulgar los registros de vacunación a las escuelas que deben obtener prueba de la vacunación antes de admitir a los estudiantes en tanto nosotros contemos con el consentimiento del paciente o del representante legal del paciente para hacer esa divulgación.

## **Información genética**

Su información genética es considerada como información de salud confidencial y en la medida en que se nos considere como un plan de salud tenemos prohibido usar o divulgar información genética con fines de seguros.

## **Su derecho con relación a la información médica y de facturación sobre usted**

Usted tiene los siguientes derechos con relación a su información médica y de facturación conservada por nosotros.

### **Derecho a aviso de violación**

Usted tiene el derecho de ser notificado si nosotros o uno de nuestros asociados comerciales tuviera conocimiento de una violación de su información de salud protegida no asegurada. Una violación significa la adquisición, el acceso, el uso o la divulgación de su información de salud protegida no asegurada en una manera no permitida por la ley que compromete la seguridad o la confidencialidad de su información de salud protegida.

### **Derecho a restringir la divulgación por servicios pagados por usted en su totalidad**

Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información de salud protegida a un plan de salud si la información de salud protegida pertenece a servicios de atención de la salud por los cuales usted pagó en su totalidad directamente a nosotros.

### **Derecho a inspeccionar y copiar su información médica y de facturación**

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar la información médica que puede ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Usualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero **no** incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y obtener una copia de la información médica y de facturación que puede ser usada para tomar decisiones sobre usted, debe usted presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845. Si usted solicita una copia de la información, nosotros debemos responderle dentro de los quince (15) días hábiles y podremos cobrar un cargo por los costos de copiado, correo y otros suministros asociados con su pedido. Nosotros podemos negar su pedido de inspeccionar y copiar esta información en determinadas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica o de facturación, usted puede hacer una solicitud, por escrito, al Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845 solicitando que la negación sea reconsiderada. Otro profesional habilitado de atención de la salud elegido por la clínica analizará su pedido y la negatoria. La persona que lleve a cabo la reconsideración no será la persona que originalmente negó su pedido. Nosotros cumpliremos con el resultado de la reconsideración.

### **Derecho a corregir su información médica y de facturación**

Si usted siente que la información médica y de facturación que nosotros tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted puede pedirnos que corrijamos la información. Usted tiene derecho de pedir una corrección en tanto la información sea mantenida por o para la planta. Para pedir una corrección su pedido debe ser hecho por escrito y enviado al Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845. Además, usted debe dar una razón que respalde su pedido. Nosotros podemos rechazar su pedido de que se haga una corrección si el mismo no está por escrito o no incluye una razón que respalde el pedido. Además, nosotros podemos denegar su pedido si usted nos pide corregir información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la corrección;
- No es parte de la información médica o de facturación mantenida por la clínica o para la clínica;
- No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es exacta y completa.

### **Derecho a una rendición de cuentas de las divulgaciones realizadas de su información médica y de facturación**

Usted tiene el derecho de pedir una “rendición de cuentas de las divulgaciones realizadas”. Esta es una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho de información médica y de facturación sobre usted, exceptuando aquellas divulgaciones para llevar a cabo un tratamiento, operaciones de pago o de atención de la salud, divulgaciones hechas a usted, revelaciones que usted autorizó u otras revelaciones determinadas. Para pedir una rendición de cuentas de divulgaciones, usted debe enviar su pedido por escrito al Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845. Su pedido debe indicar un plazo, que no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera lista que usted pida dentro de un período de 12 meses será gratuita. Por listas adicionales nosotros podemos cobrarle por los costos de proveer la lista. Nosotros le informaremos sobre los costos involucrados y usted podrá elegir retirar su pedido o modificar su pedido en ese momento antes de que se incurra algún costo.

### **Derecho a solicitar restricciones**

Usted tiene derecho de solicitar una restricción o limitación a los usos y divulgaciones de su información médica o de facturación, operaciones de pago o de atención de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar una restricción sobre la información médica y de facturación que nosotros divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su atención o en el pago por su atención, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que nosotros **no** usemos ni divulguemos información sobre su cirugía en particular u otro tratamiento en particular. **Nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si no podemos aceptar la restricción que solicita, se lo informaremos. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información fuere necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Nosotros podemos cancelar nuestro convenio de restricción si se lo informamos y usted está de acuerdo. Para solicitar restricciones usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Confidencialidad, a la dirección 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845.

### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre tratamiento médico y opciones en una forma determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted en un número de teléfono diferente o a una dirección diferente que aquella que figura en sus registros. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, a la dirección 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845.

Nosotros **no** le preguntaremos la razón de su solicitud. Haremos lugar para todas las solicitudes razonables. Su pedido debe especificar cómo o cuándo desea que nos comuniquemos con usted.

### **Derecho a una copia en papel de este Aviso**

Usted tiene el derecho a una copia en papel de este Aviso. Se le ofrecerá una copia en papel durante el proceso de admisión o de registro. Usted puede pedir al Proveedor de Atención de la Salud que le dé una copia de este Aviso en cualquier momento o puede comunicarse con el Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, en 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845. Aún si usted ha aceptado recibir este Aviso en forma electrónica aún tiene derecho a una copia en papel de este Aviso. Este Aviso puede estar disponible en un sitio web que podría ser desarrollado por el Proveedor de Atención de la Salud del TAMHSC. Si se desarrollare un sitio web, se le notificará sobre la dirección del sitio web y usted podrá obtener una copia de este Aviso en ese sitio web.

### **Derecho a elegir no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos**

De tanto en tanto podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos a beneficio del TAMHSC. Nosotros le informaremos qué hacer para elegir no recibir esas comunicaciones dentro de cada comunicación de recaudación de fondos que le enviemos.

### **Cambios a este Aviso**

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Nosotros nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado sea válido para la información médica y de facturación que ya tenemos sobre usted así como también toda información que recibamos en el futuro. La fecha de validez del Aviso modificado estará en la primera página, en el ángulo superior derecho. A partir de la fecha de validez, la distribución del Aviso modificado que esté en vigencia será la misma que figura más arriba en la sección que describe sus derechos a recibir una copia en papel del Aviso.

### **Quejas**

Si usted cree que sus derechos sobre confidencialidad han sido violados, usted puede presentar una queja ante la clínica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante la clínica, comuníquese con el Funcionario de Confidencialidad de TAMHSC, 200 Technology Way, College Station, Texas, 77845, o puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Ave., S. W.; Washington, D. C. 20201 o por teléfono al número 1-877-696-6775.



**El programa de cuidado de telesalud**

Tel: (979) 436-0700 Fax: (979) 436-0062

[health.tamu.edu/telehealth](http://health.tamu.edu/telehealth)

**Cuestionario de Admisión- Historial Personal del Adulto**

**A. Identificación**

Género: (marque todas las que corresponden) hombre mujer transgénero otro: \_\_\_\_\_

¿Se consideraría espiritual o religioso? (marque con un círculo) Sí No

**B. ¿Por qué vino hoy a TBC?**

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

**C. Su educación y capacitación**

¿Cuál es su nivel más alto de educación completa? \_\_\_\_\_

Si es un estudiante ¿en qué programa está inscrito? \_\_\_\_\_

¿Estuvo alguna vez en educación especial? (marque con un círculo) Sí No

**D. Historial de la salud**

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza? (marque con un círculo) Sí No

Si ha respondido que sí, describa: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier pasado y/o presente trastorno mental o diagnósticos psiquiátricos:

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

Describa cualquier problema médico que tiene:

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

¿Ha recibido cualquier consejería o tratamiento psiquiátrico? (marque con un círculo) Sí No

En caso afirmativo, describa lo que fue útil o no útil: \_\_\_\_\_

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

Por favor, describe su pasado y/o presente uso de alcohol y drogas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Experiencia militar y empleos**

¿Trabaja actualmente? (marque con un círculo) Sí No

¿Es usted un veterano o miembro de servicio activo de las fuerzas armadas? (marque con un círculo) Sí No

¿Está actualmente discapacitado? (marque con un círculo) Sí No

Si ha respondido que sí, describa: \_\_\_\_\_

---

En su opinión, ¿su capacidad para mantener un trabajo actualmente está limitada por un problema de salud mental? (marque con un círculo) Sí No

Si ha respondido que sí, describa: \_\_\_\_\_

---

**F. Historia familiar**

Situación sentimental: (marque todas las que corresponden) soltero casado separado divorciado viudo  
otro: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive actualmente? \_\_\_\_\_

Describa cualquier historial familiar de enfermedad mental o abuso de alcohol / sustancias: \_\_\_\_\_

---

**G. Hijos**

Nombre	Edad	Nombre	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**H. Historia Legal**

¿Está actualmente involucrado en algún procedimiento judicial? Sí No

¿Actualmente trabaja con los Servicios de Protección Infantil (CPS)? Sí No

**I. Fortalezas**

¿Qué hace para el cuidado personal? (ejemplo: pasatiempos, intereses) \_\_\_\_\_

---

¿Cuáles son sus tres principales fortalezas personales?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es una parte importante en proveerle el mejor cuidado de salud posible. Sus respuestas ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor conteste a cada pregunta de la mejor forma posible a menos que se le pida pasar a otra pregunta.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> , ¿cuánta molestia ha tenido por cualquiera de los siguientes problemas?	Sin molestia	Un poco de molestia	Mucha molestia
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en sus brazos, piernas o coyunturas (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Calambres menstruales u otros problemas con sus períodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante la penetración sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Episodios de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ha sentido su corazón palpar o acelerarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Corto(a) de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, intestino suelto o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náusea, gas o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>2 últimas 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
a. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sin apetito o ha comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.  
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).  
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

<b>3. Preguntas acerca de la ansiedad.</b>		
a. En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad – sentimiento repentino de miedo o pánico?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "NO", pase a la pregunta #5.</b>		
b. ¿Ha pasado esto antes alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Algunos de estos ataques vienen de repente inesperadamente; es decir, en situaciones donde no espera estar nervioso(a) o incómodo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Le molestan mucho estos ataques o está preocupado(a) en tener otro ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4. Piense acerca de su último ataque serio de ansiedad.</b>		
a. ¿Estaba corto(a) de respiración?	<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
b. ¿Su corazón palpitó rápido, fuerte o más lento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Sintió dolor o presión en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Sudó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Sintió como que se estaba ahogando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Tuvo náuseas o malestares estomacales, o la sensación de tener diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Se sintió mareado(a), inestable o desfallecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Sintió hormigueos o adormecimiento en partes de su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Tembló o se estremeció?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Tuvo miedo de estarse muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>			
	<b>Ningún día</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>
a. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a), con los nervios de punta o preocupando(a) acerca de diferentes cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "Ningún día", pase a la pregunta #6.</b>			
b. Se ha sentido inquieto(a) de manera que es difícil quedarse quieto(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se siente cansado(a) con mucha facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tensión muscular, dolores o malestares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer un libro o ver la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Se ha sentido molesto o irritable fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

<b>6. Preguntas sobre la alimentación.</b>			
a.	¿Siente que a menudo no puede controlar <u>qué</u> come o <u>cuánto</u> come?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Come a menudo, <u>dentro de cualquier período de 2 horas</u> , lo que la mayoría de las personas consideraría como una <u>gran</u> cantidad inusual de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "NO" ya sea en #a o #b, pase a la pregunta #9.</b>			
c.	¿Ha sido esto tan seguido, en promedio, hasta 2 veces por semana durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. En los últimos 3 meses, ¿ha ocupado a menudo cualquiera de los siguientes métodos para evitar subir de peso?</b>			
a.	¿Se provocó el vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Tomó más del doble de la dosis recomendada de laxantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Ayunó — ¿pasó por lo menos 24 horas sin comer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Ha hecho ejercicio por más de una hora específicamente para evitar subir de peso después de haber comido compulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Si marcó "SÍ" a cualquiera de estos métodos para evitar subir de peso, ¿fue alguno de ellos tan seguido, en promedio, como 2 veces por semana?</b>		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Consume bebidas alcohólicas (incluidos la cerveza o el vino)?</b>		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si marcó "NO" pase a la pregunta #11.</b>			
<b>10. ¿Alguna de estas situaciones le ha ocurrido <u>más de una vez en los últimos 6 meses</u>?</b>		<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
a.	Bebió alcohol aunque el médico le sugirió que parara de hacerlo debido a un problema con su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Bebió alcohol, estaba bajo los efectos del alcohol, con resaca (cruda) mientras trabajaba, iba hacia la escuela, estaba cuidando niños o tenía otras responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Faltó o llegó tarde al trabajo, escuela u otras actividades porque estaba tomando o con resaca (cruda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Tuvo dificultad para llevarse bien con otras personas mientras tomaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Condujo un automóvil luego de haber bebido varios tragos o haber bebido demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas en este cuestionario, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?</b>			
<b>No ha sido difícil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bin Ner if #6a,b, and-c and #8 are all "YES"; Bin Eat Dis the same but #8 either "NO" or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is "YES".

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.

12. Durante las últimas 4 semanas ¿que tanto le han molestado los siguientes problemas?	No me ha molestado en lo para nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado bastante
a. Preocupaciones sobre mi salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Su peso o como se ve físicamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Poco o no interés o placer durante relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Problemas con su esposo/esposa, pareja/amante o novio/novia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El estrés provocado por tener que estar al cargo de sus hijos, padres u otros familiares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Estrés provocado por el trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas financieros o preocupaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El no tener en nadie en quien confiar cuando uno tiene un problema...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Algo malo que paso <u>recientemente</u> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Pensando o soñando en algo terrible que le paso en el pasado-como que su casa haya sido destruida, un accidente severo, el haber sido golpeada o atacada, o forzada a cometer un acto sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. En el año pasado, ¿a usted le han golpeado, cacheteado, pateado, o de alguna otra manera le ha lastimado físicamente, o alguien le ha forzado a cometer un acto sexual sin que usted hubiera querido? .....</b>	<b>No</b>	<b>Yes</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. ¿Qué es lo que más le estresa en este momento?

---



---

15. ¿Está usted tomando algún tipo de medicamento para combatir la ansiedad, depresión o el estrés?	No	Yes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **SOLO PARA MUJERES:** Preguntas sobre menstruación, embarazo, and parto.

- a. ¿Cuales de las siguientes opciones mejor describe sus periodos menstruales?
- No ha habido cambios en periodo
  - No hay periodos por razones de embarazo o porque recientemente dio a luz.
  - Los periodos has sido irregulares o cambian con frecuencia, o en duración o cantidad.
  - No ha habido periodos durante el ultimo ano
  - Ha habido periodos a base de terapia hormonal (Estrógeno) o anticonceptivos orales.

**No**

**Yes**

---

b. ¿Durante la semana antes de que empiece su periodo usted tiene dificultades serias con su estado de ánimo-como depresión, ansiedad, irritabilidad, enojo o estado de ánimo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Usted ha dado a luz durante los últimos 6 meses?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha tenido usted un aborto involuntario durante los últimos 6 meses?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Tiene dificultad en quedar embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GAD-7

**Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado...**

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				
3	Preocuparse mucho sobre diferentes cosas?				
4	Tener problemas para relajarse?				
5	Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)?				
6	Enojarse o molestarse muy fácilmente?				
7	Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder?				

Si dijo si a alguno de estos problemas ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo, hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?

   Nada difícil    Algo difícil    Muy difícil    Extremadamente difícil

PROMIS

	Excelente	Muy Buena	Buena	Pasable	Mala
En general, diría que su salud es:	5	4	3	2	1
En general, diría que su calidad de vida es:	5	4	3	2	1
En general, ¿cómo calificaría su salud física?	5	4	3	2	1
En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar?	5	4	3	2	1
En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?	5	4	3	2	1
En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.)...	5	4	3	2	1
¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?	Completamente (5)	En su mayoría (4)	Moderadamente (3)	Un poco (2)	Para nada (1)
<b>En los últimos 7 días...</b>					
¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	Nunca (5)	Rara vez (4)	Algunas veces (3)	A menudo (2)	Siempre (1)
En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	Ninguno (5)	Leve (4)	Moderado (3)	Intenso (2)	Muy intenso (1)
<b>En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?</b>					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Ningún dolor <span style="float: right;">El peor dolor imaginable</span>					