



STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC.

1505 E. Main Stigler, OK 74462 918-967-3368 Fax: 918-967-3351	17 Hospital Dr Eufaula OK 74432 918-689-3333 Fax: 918-689-3330
1630 S. Kerr Blvd Sallisaw OK 74955 918-790-3653 Fax: 918-790-2763	204 Wall Street, Suite A Poteau OK 74953 918-647-2155 Fax: 918-647-4095
118 S. Broadway Checotah OK 74426 918-473-0048 Fax: 918-473-4547	802 Hwy 2 North Wilburton, OK 74578

Declaración de Revelación Profesional

Soy requerido por ley de proporcionarle a usted información sobre mis credenciales profesionales. Con gusto hablaré con usted sobre ésta información y/ó le proporcionaré material impreso. Puede contactar (sin dar su nombre) la oficina que se encuentra listada debajo para mayor información.

**Departamento de Salud del Estado de Oklahoma
Servicios Protectivos de Salud
Concesión de Licencias de Consejería Profesional
1000 NE 10th Street
Oklahoma City, OK 73117-1299
Teléfono: (405) 271-6030
FAX: (405) 271-1918
<http://pcl.health.ok.gov>**

Tengo maestría en la Ciencia de Asesoría Marital y Terapia Familiar y soy un candidato bajo supervisión para la Licenciatura de Terapeuta Marital y Familiar por el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma.

Licencia # _____ Firma del Consejero _____

Información del Supervisor:

En el Sitio: _____ Licencia # _____

Fuera del Sitio: _____ Licencia # _____

The above signed counselor has satisfactorily supplied me with information regarding his/her professional credentials and has given me a copy of this disclosure statement.

Fecha

Firma del Cliente



CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES DE LOS CLIENTES

El abajo firmante, por este medio reconoce que los expedientes mantenidos por STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC., con respecto a servicios proveídos a _____ son considerados información y documentos privilegiados y confidenciales de STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC.

La confidencialidad de los expedientes está protegido por Ley Federal y Regulaciones y Estatutos de Oklahoma. Información y/o copias de expedientes sobre tratamientos y servicios del pasado y presente proveídos por STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC., al cliente anteriormente mencionado, no serán divulgados a terceros a menos de que:

- A. El cliente, o aquellos autorizados por la Ley Federal o Estatal, consientan y den autorización por escrito a STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC., que se libere tal información a terceros.
- B. La liberación sea ordenada por la corte de jurisdicción competente y una copia de tal orden sea otorgada a STIGLER HEALTH AND WELLNESS CENTER, INC., antes de la petición de divulgación.
- C. El médico tiene el "deber de advertir" en caso de una situación peligrosa, en la opinión del médico, en que el cliente y/o otros se consideren estar en peligro. Al médico se le requiere por ley que reporte alegaciones de abuso físico, sexual o emocional, a las autoridades adecuadas. El abajo firmante reconoce que las Leyes Federales y Regulaciones y/o Estatutos de Oklahoma no protegen bajo la Ley Estatal ninguna información que se trate de la sospecha de abuso y negligencia infantil a que sea reportada a las autoridades estatales y locales adecuadas. El abajo firmante reconoce que el/ella ha leído y comprende este reconocimiento de Confidencialidad de los Expedientes de los Clientes, y además certifica que el/ella está de acuerdo con los términos y provisiones dichos aquí.

FIRMA DEL CLIENTE _____ FECHA _____

(Menores de 18, deberá firmar el Padre/Guardián)

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN _____ FECHA _____

WITNESS (TESTIGO) _____ FECHA _____



Cuestionario para el Paciente Pensamientos y Conductas – (Niño)

Favor de marcar (✓) cada que tanto ocurren estas conductas:

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente
1. Se pone de genio fácilmente.				
2. Discute con adultos.				
3. Se rehusa a las peticiones de adultos.				
4. Deliberadamente molesta a la gente.				
5. Culpa a otros por sus errores.				
6. Se molesta fácilmente con otros.				
7. Enojado(a)/resentido(a).				
8. Malévolo(a)/vengativo(a).				
9. Desafiante.				
10. Tiraniza y se burla de otros.				
11. Inicia peleas.				
12. Usa un arma.				
13. Físicamente cruel con las personas.				
14. Físicamente cruel con los animales.				
15. Roba.				
16. Actividades sexuales forzadas.				
17. Muestra mala conducta sexualmente.				
18. Incendios intencionales.				
19. Robo con fractura.				
20. Se “aprovecha” de la gente.				
21. Huye de casa.				
22. Se ausenta de la escuela.				
23. No pone atención a los detalles.				
24. Varios errores por descuido.				
25. No escucha cuando le hablan.				
26. No termina trabajos/tareas.				
27. Dificultad para organizarse.				
28. Pierde cosas.				
29. Se distrae fácilmente.				
30. Olvidadizo(a) en actividades diarias.				
31. Inquieto y movedizo.				
32. Dificultad en permanecer sentado(a).				
33. Corre y se trepa excesivamente.				
34. Dificultad para jugar calladamente.				
35. Dificultad para esperar su turno.				
36. Interrumpe a otros.				
37. Hiperactivo(a).				

38. Problema para pronunciar palabras.				
39. Malas calificaciones en la escuela.				
40. Expulsado de la escuela.				
41. Abuso de drogas.				
42. Dependencia de alcohol.				
43. Depresión.				
44. Llanto o ganas de llorar.				
45. Penoso(a)/evitativo(a)/retirado(a)				
46. Amenazas/intentos de suicidio.				
47. Fatigado(a).				
48. Ansioso(a)/nervioso(a).				
49. Preocupación excesiva.				
50. Perturbación para dormir.				
51. Ataques de pánico.				
52. Cambios de humor.				
53. Se siente irritado.				
54. Juicio alterado.				
55. Irritabilidad.				
56. Soledad.				
57. Confusión frecuente.				
58. Cambios en hábitos alimentarios.				
59. Humor elevado.				

Client Name: _____

Date _____

Chart # _____

MHC-006-F1304/25/13Page of



EXAMEN Y EVALUACION INICIAL (Parte I)

1. Por qué nos ha contactado? Qué problemas está teniendo? Qué espera usted sacar del tratamiento?

2. Cuanto tiempo tienen molestándole los problemas mencionados?

1 semana _____ Algunas semanas _____ 1 Mes _____ Algunos meses _____ 1 año o más _____ Desconozco _____

Sí _____ No _____ 3. Actualmente está tomando medicamento por razones de salud mental? Si es así, favor de listar: _____

Sí _____ No _____ 4. Por el momento se encuentra sin medicamento?

Sí _____ No _____ 5. Alguna vez ha sido miembro de Tratamiento Diario o un Club de tratamiento?

Sí _____ No _____ 6. Alguna vez ha sido hospitalizado por razones de salud mental?

Si es así, nombre del hospital _____ Diagnóstico: _____ Fecha: _____

Sí _____ No _____ 7. Alguna vez ha sido cliente de alguna clínica de salud mental?

Si es así, nombre de la clínica? _____

Sí _____ No _____ 8. Siente que si no se le atiende hoy mismo podría dañarse a si mismo? Como? _____

Sí _____ No _____ 9. Siente que si no se le atiende hoy mismo podría dañar a otra persona? Quien? _____

Sí _____ No _____ 10. Escucha sonidos o voces que otros no escuchan? Qué? _____

Sí _____ No _____ Si es que son voces, le dicen que se dañe a si mismo o dañe a otros?

Sí _____ No _____ 11. Ve personas o cosas que no están ahí o que otros no ven? Qué? _____

Sí _____ No _____ 12. Está sintiendo síntomas de retracción del alcohol o drogas?

Si es así, favor de listar la(s) droga(s) y síntomas: _____

Sí _____ No _____ 13. Actualmente es víctima de abuso sexual o de abuso físico?

Si es así, cuando fue su último abuso? _____

Sí _____ No _____ 14. Recientemente usted ha sentido algún dolor?

Si es así, donde se encuentra localizado el dolor? _____

Firma del Clínico

Fecha

Client Name:	Chart #:
---------------------	-----------------



Historial de Salud y Medicamentos

Sí ___ No ___ Está usted tomando algún medicamento (prescrito, o a su vez medicamento “sin receta”) en el tiempo presente?

Si es así, favor de enlistar:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PROPOSITO	UNIDADES/DOSIS	PRESCRITO POR	FECHA Qué INICIO	COMO LE AYUDA	EFFECTOS SECUNDARIOS
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sí ___ No ___ En el presente, usted está siendo tratado por algún problema medica o quirurgico?

Si es así, favor de explicar:

Quien es su medico(s) personal? _____ Fecha del último examen físico: _____

Usa tabaco? Si ___ No ___ Paquetes/diarios ___/___ Otro: _____

Usa alcohol? Si ___ No ___ Cuanto _____ Qué tan seguido _____

Usa drogas? Si ___ No ___ Drogas Intravenosas? Si ___ No ___ Fecha del último uso? _____

Qué tipo(s) usa _____ Qué tan seguido _____

Si ___ No ___ Ha tenido algún cambio reciente en apetito o peso? Si es así, favor de explicar: _____

Si ___ No ___ Ha tenido algún cambio reciente en los patrones del sueño? Si es así, favor de explicar: _____

Si ___ No ___ Usa algún dispositivo de tecnología de asistencia tal como un marca-pasos, dispositivo auricular, caña, etc:

Si es así, favor de enlistar: _____

Firma del Cliente (Guardian)

Fecha

Clinico

Fecha

Patient Name:	Patient #
----------------------	------------------



PLAN DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA COMPLETADA: _____

Yo/Nosotros (paciente/guardián) he(mos) participado activamente en el desarrollo de éste plan de servicio y entiendo los goles y objetivos listados. Yo/Nosotros tengo/tenemos la siguiente respuesta:

Yo/Nosotros (Estoy de acuerdo) (Estoy en desacuerdo) con éste p

Firma del Paciente, 14 años en adelante Fecha

Firma del Padre/Guardián Fecha

Firma del Testigo Fecha

Relación al Paciente

Si el paciente es incapaz de firmar, documente la razón;

EQUIPO DEL TRATAMIENTO:

*MHP Responsable Título/Licencia Fecha

Firma del Médico, Credenciales Fecha

Physician signature not required

TIPO DE SERVICIO FRECUENCIA NOMBRE DEL PERSONAL/LICENCIATURA FIRMA FECHA
(por semana)

Asesoramiento de Psicoterapia Individual _____

Asesoramiento de Psicoterapia en Familia _____
