

Este formulario es para el Anxiety Disorders Center (ADC) únicamente. El ADC realiza tratamientos de una vez a la semana (a menos que los participantes opten por completar un programa acelerado, que no está cubierto por el seguro). El ADC no receta medicamentos, no es un programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP) ni un programa diurno, y actualmente no trata trastornos de abuso de sustancias, trastornos alimentarios, tics ni comportamientos autolesivos. **Si experimentó autolesiones, intentos de suicidio, episodios maníacos, psicosis o consumo diario de sustancias en los últimos 3 meses, no envíe el formulario a continuación. En cambio, llame al Centro de Evaluación del Institute of Living (IOL) al 860-545-7200 para recibir otras opciones de tratamiento.**

Responda todas las preguntas para evitar que su formulario se demore y que tengamos que comunicarnos con usted para pedirle información adicional. Cuando complete el formulario, puede enviarlo por correo electrónico a ADC@hhchealth.org o entregarlo en:

The Institute of Living
The Anxiety Disorders Center, edificio Stearns
200 Retreat Ave
Hartford, CT 06106

El ADC se comunicará con usted en el plazo de una semana si hay preguntas sobre su formulario. De lo contrario, puede asumir que ya está en nuestra lista de espera. Debido a la gran cantidad de pacientes, la espera actual para una cita inicial para recibir tratamiento individual es de alrededor de 2 a 3 meses. Cuando llegue el momento de salir de la lista de espera, nuestro personal administrativo se comunicará con usted para programar su cita de admisión, que casi siempre es a las 9:00 a. m. y se programará para entre 2 y 3 horas. Si después de tres intentos no podemos comunicarnos con usted a través de sus métodos de contacto preferidos, lo eliminaremos de la lista de espera.

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con nuestro personal administrativo al 860-545-7685.

Leí lo anterior y entiendo que NO debo enviar un formulario de derivación al ADC si yo (paciente) experimenté ALGO de lo siguiente en los últimos 3 meses: autolesión, intento de suicidio, episodios maníacos, psicosis o consumo diario de sustancias (incluido alcohol y cannabis medicinal):

Nombre completo del paciente (Patient's full name): _____

¿Usted es el paciente? (Are you the patient?) Sí (Yes) No (No)

**No complete este formulario en nombre de un paciente adulto (mayor de 18 años) a menos que tenga su consentimiento.*

Fecha de nacimiento del paciente (Patient's date of birth): _____

Edad (Age): _____

Sexo asignado al nacer del paciente (Patients sex assigned at birth):

<input type="checkbox"/>	Femenino (Female)
<input type="checkbox"/>	Masculino (Male)
<input type="checkbox"/>	Intersexo (Intersex)
<input type="checkbox"/>	Otro (Other)
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder (Choose not to disclose)

Sexo legal del paciente (Patient's legal sex):

<input type="checkbox"/>	Femenino (Female)
<input type="checkbox"/>	Masculino (Male)
<input type="checkbox"/>	Intersexo (intersex)
<input type="checkbox"/>	Otro (Other)
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder (Choose not to disclose)

¿Qué pronombres usa (el/la paciente)? (p. ej., ella, él, elle)[What pronouns do you (patient) use? (e.g. she/her, he/him, they/them, ze/zed)]: _____

Número de teléfono principal del paciente (Patients primary phone number): _____

¿Podemos dejar mensajes en este número? (Is it ok to leave a message at this number?) Sí (Yes) No (No)

Número de teléfono alternativo (Alternate phone number): _____

¿Podemos dejar mensajes en este número? (Is it ok to leave a message at this number?) Sí (Yes) No (No)

Dirección de correo electrónico del paciente (o de su tutor legal) [Patient's (or legal guardian) e-mail address]: _____

Compañía de seguros principal del paciente (Patient's primary insurance carrier):

Número de identificación del seguro (Insurance I.D. Number): _____

¿Tiene (el/la paciente) seguro secundario? (Do you (patient) have secondary insurance?) Sí (Yes) No (No)

Nombre del suscriptor del seguro (Insurance subscriber's name): _____

Fecha de nacimiento del suscriptor del seguro (Insurance subscriber's date of birth): _____

Dirección completa del paciente (Patient's full address): _____

Escriba al menos algunas oraciones sobre lo que quisiera trabajar. (*Please write at least a few sentences about what you would like to work on.*)

Brinde ejemplos específicos de sus preocupaciones, compulsiones o situaciones de ansiedad recientes. (*Please specific examples of your recent worries, compulsions, or anxious situations.*)

¿Tuvo (el/la paciente) comportamientos autolesivos (como cortarse o rasparse) en los últimos tres meses? [*Have you (patient) engaged in any self-injurious behaviors (such as self-cutting or scratching)*]

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
-----------------------------------	----------------------------------

En los últimos tres meses, ¿hizo (el/la paciente) algo para prepararse para suicidarse o intentó hacerlo? [*In the past three months, have you (patient) done anything to prepare for or attempt suicide?*]

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
-----------------------------------	----------------------------------

¿Alguna vez estuvo (el/la paciente) internado/a por motivos psiquiátricos? [*Have you (patient) ever been hospitalized for psychiatric reasons?*]

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
-----------------------------------	----------------------------------

¿Le diagnosticaron (a la/el paciente) alguna de las siguientes afecciones? [*Have you (patient) ever been diagnosed with any of the following:*]

<input type="checkbox"/> Autismo (Autism)
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar (Bipolar Disorder)
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (Schizophrenia or Schizoaffective Disorder)
<input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia (Anorexia or Bulimia)
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores (None of the above)

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia consumió (e/la paciente) CUALQUIER CANTIDAD de alcohol o drogas en promedio? *[In the past three months, how often have you (patient) used ANY alcohol or drugs, on average?]*

*Incluya alcohol, marihuana (incluso si es recetada) y drogas ilegales *[*Include alcohol, marijuana even if prescribed, and illegal drugs]*

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
-----------------------------------	----------------------------------

Marque los programas que le interesan (marque todas las opciones que correspondan) *[Please check the programs that you are interested in (check all that apply)]*:

<input type="checkbox"/> Tratamiento semanal individual (Individual weekly treatment)
<input type="checkbox"/> Grupo acelerado (2 sesiones individuales/semana + grupo de exposición; únicamente en la sede de Hartford, solo para adultos) [Accelerated group (2 individual sessions/week + exposure group; Hartford location only, adults only)]
<input type="checkbox"/> Programa individualizado acelerado (no cubierto por el seguro) [Accelerated one-on-one program (not covered by insurance)]
<input type="checkbox"/> Programa de rechazo escolar (no cubierto por el seguro) [School Refusal Program (not covered by insurance)]
<input type="checkbox"/> Grupo de adultos para el trastorno de acumulación compulsiva (únicamente en Hartford) [Adult Hoarding Disorder Group (Hartford only)]

¿Puede (e/la paciente) realizar actividades diarias, como ir a la escuela o el trabajo, bañarse, comer y dormir? *[Are you (patient) able to do daily activities, such as go to work/school, showering, eating, and sleeping?]*

<input type="checkbox"/> No tiene problemas con estas actividades (No problems with these activities)
<input type="checkbox"/> Problemas leves (p. ej., dificultades leves para dormir; poco apetito) [Mild problems (e.g. mild sleep difficulties; low appetite)]
<input type="checkbox"/> Problemas moderados (Moderate problems)
<input type="checkbox"/> Problemas marcados (p. ej., perder días laborales o escolares, o dormir menos de 5 horas/noche) [Marked problems (e.g. missing days of work or school, or sleeping less than 5 hours/night)]
<input type="checkbox"/> Problemas graves (p. ej., no poder trabajar o ir a la escuela, no poder dejar la casa o bañarse menos de una vez/semana) [Severe (e.g. not able to work or go to school, not able to leave home, or showering less than once/week)]

¿Fue (e/la paciente) paciente del Anxiety Disorders Center anteriormente? *[Are you (patient) a previous patient of the Anxiety Disorders Center?]*

<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No (No)
-----------------------------------	----------------------------------

¿Quién lo/la derivó al Anxiety Disorders Center?
(Who referred you to the Anxiety Disorders Center?) _____

Sede preferida para el tratamiento (Preferred treatment location):

<input type="checkbox"/> ADC Hartford (en persona) [ADC Hartford (in person)]
<input type="checkbox"/> ADC Cheshire (en persona) [ADC Cheshire (in person)]
<input type="checkbox"/> Telesalud por Zoom (Telehealth via Zoom)

¿Tiene (el/la paciente) alguna necesidad de aprendizaje o comunicación?

[Do you (patient) have any learning or communication needs?]

<input type="checkbox"/> Ninguna (none)
<input type="checkbox"/> Sordera/Dificultad auditiva (Deaf/hard of hearing)
<input type="checkbox"/> Ceguera/Dificultad visual (Blind/visual impairment)
<input type="checkbox"/> Dificultad en el habla (Speech impairment)
<input type="checkbox"/> Idioma extranjero (Foreign language)
<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (Learning disability)
<input type="checkbox"/> Dificultad para leer (Reading difficulty)
<input type="checkbox"/> Problemas de atención (Attention problems)
<input type="checkbox"/> Problemas de memoria (Memory impairment)
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (Intellectual disability)
<input type="checkbox"/> Otra (Other)

A continuación, escriba cualquier nota adicional que tenga para el ADC. (*Below, please write any additional notes you have for the ADC.*)