



**¿Tiene niños(a) menores de edad?:**  Si  No

Si, favor de indicar los nombres, genero, edad y con quien vive:

Nombre: \_\_\_\_\_  M  F Edad: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  M  F Edad: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  M  F Edad: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEMOGRAFICA

### Raza/Etnicidad: (Margue uno)

- Nativo/Indígena de Norteamericana(o)/De Alaska  Nativo Hawaiano/Otras islas del pacifico
- Asiático(a)  Negro/Afroamericano  Hispano/Latino  Blanco
- Medio-oriental  Multirracial  Otro \_\_\_\_\_

### Ha tenido experiencia con lo siguiente:

|   |  |
|---|--|
| ¿Violencia doméstica en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  | ¿Asalto sexual siendo adulto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          |
| ¿Violencia doméstica en su relación <i>actual</i> ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Asalto sexual de niño o adolescencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Por favor,  marque si le ha molestado alguno de los siguientes síntomas en las **últimas 2 semanas**.

**0 = Para nada 1 = Varios días 2 = Mas de la mitad de los días 3 = Casi TODOS los días**

| Síntoma  | 0 | 1 | 2 | 3 | Síntoma   | 0 | 1 | 2 | 3 | Síntoma   | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sentirse ansioso o tener miedo                 |   |   |   |   | Aislarse  |   |   |   |   | Pesadillas  |   |   |   |   |
| Sentirse deprimido, desanimado o sin esperanza |   |   |   |   | Dificultades para concentrarse o tomar decisiones |   |   |   |   | Pensamientos y/o recuerdos intrusivos                       |   |   |   |   |
| Sentirse inútil y/o culpable                   |   |   |   |   | Pérdida/aumento del apetito                       |   |   |   |   | Consumo de alcohol/drogas                                   |   |   |   |   |
| Irritable/Enojado                              |   |   |   |   | Pérdida/aumento del sueño                         |   |   |   |   | Autolesión (ejemplo: trastorno alimentario, automutilación) |   |   |   |   |
| Llorando frecuentemente                        |   |   |   |   | Siempre cansado                                   |   |   |   |   | Pensamientos suicidas                                       |   |   |   |   |
| Ataques de pánico                              |   |   |   |   | Olvidadizo  |   |   |   |   | Pensamientos de lastimar a otros                            |   |   |   |   |

**Requiere o tiene necesidades especiales o adaptaciones:**

**¿Qué espera o le gustaría lograr en el grupo de apoyo?**

¿Si esta evaluación lo indica y el/la facilitadora del grupo, ¿estaría dispuesta/o a asistir a terapia individual con un/a terapeuta capacitada de Empower Yolo antes de asistir al grupo?  Si  No

---

**Firma de Cliente**

---

**Fecha de Hoy**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIMITED DE CONFIDENCIALIDAD

**Beneficios y Riesgos del Grupo de Apoyo:** Participar en el grupo de apoyo puede resultar en una serie de beneficios para usted, incluyendo una mejor comprensión de sus metas y valores personales dentro del contexto de apoyo entre sí, mejores relaciones interpersonales y la resolución de las preocupaciones específicas que lo/la llevaron a buscar un grupo de apoyo. Trabajando hacia estos beneficios, como sea, requiere esfuerzo por su parte y puede resultar en que experimente emociones inesperadas como ira, depresión o miedo. El cambio de sí mismo/a también puede dar lugar a cambios no intencionales en sus relaciones. Los/as facilitadoras de grupos pueden utilizar técnicas como la educación, las hojas de trabajo y discusiones grupales, como también otros materiales adecuados para el trabajo en grupo.

**Facilitadores:** Empower Yolo (EY) es un sitio de capacitación certificado para varios programas de posgrado de nivel de maestría. La terapia en EY es proveída por Terapeutas Matrimoniales y Familiares Asociados, Consejero Clínico Profesional Asociado, Trabajadores Sociales Asociados (AMFT, APCC, ASW) registrados en la Junta de Ciencias del Comportamiento de California (California Board of Behavioral Sciences), Terapeutas Matrimoniales y Familiares en práctica (MFT-Trainees), y estudiantes graduados de nivel de Maestría y Post-Maestría. Los servicios de terapeutas pre-licenciado proporcionados a los clientes en EY son supervisados. Empower Yolo también utiliza consejeros/as para facilitar grupos de apoyo, que no son lo mismo que un/a terapeuta, pero han sido certificados para dar asesoramiento.

**Aviso a Clientes:** La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con la junta en línea al [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), o llamando al (916) 574-7830. Esto no se aplicaría si su facilitador es un/a consejero de par.

**Guardería de Niños:** Empower Yolo no puede proporcionar cuidado de niños durante el tiempo del grupo. Se recomienda que organice el cuidado de niños durante el tiempo del grupo, independientemente de si asiste en persona o en el formato en línea. No se permiten niños en grupos.

**Declaración de Confidencialidad Grupal:** Los/las participantes entienden que hay una necesidad de confidencialidad (es decir, privacidad) para todos los miembros del grupo. Como tal, usted acepta no compartir información, incluidos los nombres y el contenido del grupo, a aquellos fuera de la configuración del grupo. Entiendo que, si comparto intencional o involuntariamente información confidencial sobre un/a miembro del grupo, se me puede pedir que deje el grupo.

**Póliza de Ausencias:** Entiendo que a menudo hay una lista de espera para este grupo. Debido a la alta demanda, entiendo que si estoy ausente más de 3 veces sin una excusa válida (niño enfermo, problemas con su carro, visita de CPS, cita obligatoria conflictiva) seré colocado/a de nuevo en la lista de espera y mi lugar será dado a otra persona. Es mejor llamar a la oficina si va a estar ausente. El mensaje puede ser transmitido a su facilitador/a.

**Grupos Telefónicos y en Línea:** Los/las participantes entienden que asistir a un grupo de apoyo por teléfono o en formato en línea tiene ciertos riesgos para la confidencialidad. Por lo tanto, acepto acatar las siguientes reglas para mantener la confidencialidad para mí y para las/los demás miembros del grupo si asisto al grupo de esta manera.

- (1) Me uniré al grupo electrónicamente en un espacio confidencial, sin otras personas en la misma habitación en la que estoy.
- (2) Usaré audífonos mientras participaré en grupo para mantener la confidencialidad.
- (3) Seré consciente de quién puede oír mi voz al final de la línea, y entenderé que las personas en mi propia casa pueden ser capaces de escuchar mi contenido de la sesión.
- (4) Haré todo lo posible para permanecer ininterrumpidamente durante la sesión de grupo.

### **Derechos de los Clientes y Excepciones a la Confidencialidad**

- (1) Usted tiene derecho a una relación confidencial con los facilitadores del grupo.
- (2) Usted tiene derecho a hacer preguntas sobre el proceso y el curso del grupo de apoyo.
- (3) Si le pregunta al facilitador/es, él o ella puede divulgar información sobre su asistencia y progreso en el grupo de apoyo con una agencia o individuo especificado. Antes de divulgar información, usted debe llenar un permiso de divulgación de información que se mantendrá en el archivo, y puede retirarlo en cualquier momento.
  - a. Las/los facilitadores pueden proporcionar un comprobante de prueba de asistencia según su solicitud después de cada sesión sin un permiso de divulgación de información firmado. Sin embargo, debe saber que esto puede comprometer su confidencialidad como miembro del grupo de apoyo.
- (4) Bajo ciertas situaciones legalmente definidas, la o el facilitador (s) tiene el deber de revelar la información que usted les dice durante el curso del grupo de apoyo sin su consentimiento por escrito. La o el facilitador no está obligado a informarle de sus acciones si esto ocurre. Estas situaciones legales definidas incluyen:
  - a. Si usted revela información a las/los facilitadores sobre abuso o negligencia infantil, abuso de un adulto mayor o dependiente, la/el facilitador (s) debe hacer un informe a los servicios de protección. Cuando un perpetrador de abuso infantil está en contacto con menores, y existe una sospecha razonable de que puede estar abusando de menores, la/el facilitador (s) debe reportar la información.
  - b. Si usted presenta seriamente una amenaza de causar daño o la muerte a otra persona, la/el facilitador está obligado a advertir a la víctima prevista y notificar a los organismos de aplicación de la ley apropiados.
- (5) Si la/el facilitador(s) cree que usted está en peligro de hacerse daño a sí mismo/a, ella o él tiene la obligación de tratar de evitar que esto suceda. Es posible que la/el o los facilitadores necesiten romper la confidencialidad para evitar que se lastime poniéndose en contacto con familiares de apoyo, como un padre o tutor y/o el equipo de Mobile Crisis, como ejemplo.
- (6) Si la/el facilitador(es) determina durante el asesoramiento inicial o en cualquier momento durante el curso del grupo, que él o ella no puede ayudarlo, la/el facilitador le ayudará a obtener terapia individual dentro de la agencia o referirle a otra agencia adecuada.

**Procedimiento por Emergencia de Salud Mental:** Una emergencia de salud mental es un evento inesperado que requiere atención inmediata y puede ser una amenaza para su salud. **¡Si surge una situación de emergencia, por favor llame al 911 o vaya a su hospital más cercano para obtener atención inmediata!** Si llama a su terapeuta u otro personal de EY, por favor indique que está experimentando una crisis cuando deje su mensaje y su terapeuta le devolverá su llamada tan pronto como sea posible. Si la/el terapeuta no lo ha llamado en 60 minutos y no ha podido obtener apoyo a través de la línea de crisis, la emergencia persiste, y la emergencia lo requiere, por favor llame a su médico o vaya para admisión a un hospital para observación.

Empower Yolo proporciona una **línea de crisis de 24 horas**, que puede acceder al **(530) 662-1133 o (916) 371-1907**. Es posible que el o la terapeuta sea contactada a través de la línea de crisis donde se brinda apoyo a través de una o un consejero de crisis. A menudo, durante el horario de oficina, puede comunicarse con su terapeuta o con la/el coordinador clínico al (530) 661-6336. No hay ningún cargo por contacto telefónico, pero el contacto prolongado puede considerarse una sesión en el número total de sesiones que se han acordado.

## **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO DE APOYO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendo completamente este Formulario de Consentimiento para el tratamiento, y consiento a la participación en el grupo de apoyo.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Si es necesario)

Firma de Testigo/ Facilitador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_