

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

			Fecha de hoy / /	Fecha de nacimiento / /	
Nombre del paciente	Apellido(s)	Nombre(s)	Género	Estado civil	Edad
Dirección de casa			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del jefe/Nombre de escuela:			Dirección trabajo/escuela:		Teléfono de casa:
Ocupación:		Número de seguro social:	#Licencia manejo	Número de celular	
Número de teléfono preferido para contactarlo (X) ____ Celular ____ Casa ____ Trabajo		Correo electrónico	Farmacia preferida (Nombre & Número de Teléfono):		
Dirección de la persona responsable financieramente (Dirección para mandar los cobros):			Teléfono persona responsable: Casa: _____ Trabajo: _____		
Seguro médico primario:	Nombre y fecha de nacimiento del asegurado:		Relación personal con el asegurado: ____ Propio ____ Esposo ____ Padre ____ Otro		
Número de identificación:			Número de grupo:		
Seguro médico secundario:		#Identificación o # de Póliza:	Número de grupo:		
Referido por: ____ Familiar/Amigo ____ Doctor Primario ____ Página web PNS ____ Yelp ____ Seguro ____ Hospital ____ OCPS ____ Otro: ____ Terapeuta ____ Escuela ____ Búsqueda por internet _____				Nombre referente:	

**COLABORACIÓN DE ACUERDO DE CUIDADO**

<b>Nombre del doctor primario MD/NP/PA</b>	Dirección Ciudad: _____ #Teléfono: _____	Consentimiento de colaboración de cuidado ____ SI ____ NO
<b>Nombre del terapeuta (si aplica)</b>	Dirección Ciudad: _____ #Teléfono: _____	Consentimiento de colaboración de cuidado ____ SI ____ NO
<b>Nombre del psiquiatra actual/NP/PA</b>	Dirección Ciudad: _____ #Teléfono: _____	Consentimiento de colaboración de cuidado ____ SI ____ NO

**Nombre De Especialistas O Profesionales De La Salud Adicionales:**

X  
**Firma del paciente/representante legal**



## COMUNICACIÓN Y CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor enlista **TODAS** las personas con quienes tu consientes que podríamos discutir tu cuidado en esta oficina (por favor también anota si aplican algunas restricciones):

1. _____	2. _____
Nombre            #Teléfono            Relación	Nombre            #Teléfono            Relación
3. _____	4. _____
Nombre            #Teléfono            Relación	Nombre            #Teléfono            Relación

**EN CASO DE EMERGENCIA**, enlista a las personas que podemos contactar:

1. _____	2. _____
Nombre            #Teléfono            Relación	Nombre            #Teléfono            Relación

## POLÍTICAS Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR (SI APLICA)

**Consentimiento Para Tratar A Un Menor:** La confidencialidad al trabajar con niños/adolescentes puede ser difícil de entender para los padres/tutores. En ocasiones, los niños/adolescentes no se sienten seguros de comunicarse abiertamente en terapia, a menos que puedan estar seguros que lo que dicen se mantendrá privado. Por otro lado, como padre, usted tiene derecho a saber cómo está progresando su hijo. En general, les diremos a los niños que mientras hablamos con sus padres de vez en cuando, no compartiremos detalles de nuestro trabajo a menos que el niño y el (los) médico(s) lo hayan acordado de antemano. La excepción es cuando se obtiene información que cae bajo el estatus de reportero obligado (niño / dependiente / abuso de ancianos) y / o conocimiento de que el niño es suicida o involucrado en actividades peligrosas. En estos casos, los padres y las agencias apropiadas (por abuso) serán notificados. Los niños y los adolescentes en terapia, *el terapeuta/niño/familia son compañeros en el crecimiento, y el médico debe servir como guía en tratamiento*. La frecuencia de las reuniones de los padres depende del individuo y se hacen periódicamente o cuando surgen problemas. Entre las sesiones, usted tiene la oportunidad de enviar un correo electrónico con sus preocupaciones, dudas o actualizaciones a nuestros médicos. Utilice este modo de comunicación, incluido el contacto telefónico, para transmitir sólo la información más importante y, por supuesto, cualquier problema urgente.

**VISIÓN GENERAL DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS CON NIÑOS/ADOLESCENTES:** La búsqueda de la consulta psiquiátrica puede ser un proceso difícil y abrumador para los padres. Hay mucho por decidir al momento de decidir si los medicamentos son adecuados para su hijo. Nuestros médicos especialistas son muy conservadores y discutirán todos los tratamientos alternativos, el papel de la terapia dieta/ejercicio /sueño, problemas médicos, etc. como parte de un plan de tratamiento. Sin embargo, para muchos, los medicamentos son un elemento esencial para tratar los síntomas y las enfermedades en la salud mental, al igual que en cualquier otra área de la medicina. Puede existir una gran cantidad de estigma que rodea a la salud mental, así como la información inexacta de amigos o seres queridos, y medios de comunicación. Otro desafío es que la mayoría de los medicamentos necesarios para dirigirse a ciertas rutas bioquímicas y áreas del cerebro no se encuentran aprobados por la FDA, sino que son el estándar de atención en la comunidad y se utilizan cuando se practica la *medicina basada en la evidencia* y la psicofarmacología. Puede estar seguro de que trabajará en estrecha colaboración con nuestros especialistas médicos y colaborará en un plan que sea el mejor para su familia.

Nosotros/Yo, el (los) que firma(mos) \_\_\_\_\_, padre(s) y/o guardián(es) del menor

\_\_\_\_\_, le damos total autoridad para proceder con una evaluación clínica y tratamiento así como su mejor juicio lo indique. Este consentimiento es dado por mi/nosotros como padre(es) o guardián(es) del dicho menor. Nosotros/Yo tengo/tenemos el poder legal para consentir la evaluación médica, psicológica y de salud mental y tratar a dicho menor.

X

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián**

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

## CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA SALUD DEL PACIENTE

Síntomas actuales/razón para buscar tratamiento: \_\_\_\_\_

### Historia médica & psiquiátrica

Por favor enliste su problemas médicos actuales y sus cirugías: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales con sus dosis: \_\_\_\_\_

Vitaminas/Hierbas/Suplementos u Otros: \_\_\_\_\_

Nombre de algún medicamento psiquiátrico que haya tomado en el pasado: \_\_\_\_\_

Nombre de psiquiatras o terapistas que haya consultado: \_\_\_\_\_

Historia de internamientos psiquiátricos: \_\_\_\_\_ Historia de intentos suicidas: \_\_\_\_\_

Historia de Depresión: Si No. Historia de Ansiedad: Si No. Desordenes Alimenticios: Si No. Psicosis: Si No. Historia infancia con problemas de aprendizaje o dificultades académicas: \_\_\_\_\_

Último exámen médico o labs: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Peso/Talla: \_\_\_\_\_

Promedio horas sueño por noche: \_\_\_\_\_ Promedio horas ejercicio/semana: \_\_\_\_\_ Dieta balanceada: Si No No seguro.

### Historia familiar

Enliste su historia médica familiar (cáncer, diabetes, tiroides, corazón, etc.): \_\_\_\_\_

Enliste cualquier problema psiquiátrico o de adicciones: \_\_\_\_\_

Estado de salud de hermanos y padres: \_\_\_\_\_

### Historia social

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nombre/Edades de sus hijos (si aplica): \_\_\_\_\_

Tiempo de matrimonio/relación: \_\_\_\_\_ Dudas con su relación: \_\_\_\_\_

Donde creció: \_\_\_\_\_ Historia de abuso/asalto de cualquier tipo hacia usted: Si No.

Nombres y edades de padres y hermanos: \_\_\_\_\_

Enliste cualquier cambio/estrés/pérdida recuente en su vida: \_\_\_\_\_

### Historia de sustancias

Uso actual de alcohol, cigarro y/o caféina: \_\_\_\_\_

Uso de marihuana: \_\_\_\_\_. Tarjeta médica de marihuana: \_\_\_\_\_. Uso de otras sustancias: \_\_\_\_\_

Uso/Tratamiento pasado de sustancias: \_\_\_\_\_

Fecha de sobrio (si aplica/en recuperación): \_\_\_\_\_ Interesado en dejar de fumar: Si No N/A.

X

***Firma del paciente o representante legal***

***Fecha***

## POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

Este es un acuerdo entre Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc. y el paciente nombrado en este formulario.

*Al firmar este acuerdo, usted acuerda el pago de los servicios que se reciben y reconoce la comprensión de las políticas establecidas a continuación:*

**Confidencialidad & Reporte:** Si bien uno de los deberes principales del médico es proteger la privacidad y la confidencialidad del paciente, este deber no es absoluto o sin excepciones. Las comunicaciones son confidenciales y por lo general no se dará a conocer ninguna información sin su consentimiento, excepto lo siguiente: Los médicos de PNS Inc. son considerados *reportadores obligatorios* por abuso infantil y abuso de adultos/ancianos dependientes. Los médicos también pueden tener citaciones en casos legales; sin embargo, los registros pueden estar sujetos al privilegio del paciente-terapeuta y la confidencialidad/seguridad del paciente son la máxima prioridad. La confidencialidad es primordial; sin embargo, en el caso de una amenaza hacia sí mismo o hacia otro, es nuestra obligación informar.

**Registros Médicos:** Tanto la ley como las normas profesionales requieren que mantengamos registros apropiados de tratamiento. Usted tiene derecho de revisar una copia de los registros, a menos que el médico crea que verlos sería dañino emocionalmente, en cuyo caso, estaremos dispuestos de proporcionarlos a un profesional de salud mental apropiado de su elección. Los médicos pueden tener cartas citatorias en casos legales; sin embargo, los registros suelen estar sujetos al privilegio del paciente-terapeuta y sólo serán liberados con su consentimiento o una orden judicial. Usted debe hacer su solicitud por escrito. *Hay costo por las copias.*

**Emergencias:** En el caso de una emergencia psiquiátrica, como pensamientos agudos de hacerse daño a uno mismo u otros, o una reacción médicamente peligrosa a un medicamento, nuestro personal puede ser contactado a través de la línea de urgencia especificada en nuestro buzón de voz de la oficina. Si usted está enfrentando una emergencia clínica verdadera tal como un peligro inminente a sí mismo u otros, por favor llame al 911 o vaya a su sala de emergencia local.

**Pólizas de seguro:** Usted es responsable de cualquier monto que no esté cubierto por el seguro y los cargos que se pagan en momentos en que su seguro está inactivo. *Es la responsabilidad del paciente comprobar su cobertura y de los beneficios durante su(s) visita(s),* aunque nuestra oficina ayuda a los pacientes a revisar los beneficios. Si estamos contratados con su seguro (proveedor dentro de la red), debemos seguir nuestro contrato y sus requisitos. Le cobraremos su seguro como cortesía y después de recibir las reclamaciones, el paciente y la oficina recibirán una Explicación de Beneficios (EOB) que revisa los cargos y la cobertura. Debido a la complejidad de la codificación, es posible que vea cargos en su EOB por servicios o costos adicionales (por ejemplo, educación del paciente, consultas, etc.). El importe adeudado a la oficina se basa únicamente en el código principal facturado. Observe también que si usted está eligiendo usar el seguro para sus visitas, *la compañía de seguros puede solicitar información tal como el diagnóstico y/o copias de notas del progreso.* Muchos clientes optaron por no usar su seguro para visitas a la oficina debido a este elemento. Por favor notifique a nuestra oficina si tiene alguna pregunta sobre esto.

**Acuerdo de Opt-Out de Medicare HMO:** PNS, Inc. y los médicos afiliados NO están aceptando nuevos pacientes de riesgo de Medicare HMO. Por ley, los pacientes elegibles de Medicare están obligados a firmar un contrato privado con PNS, Inc. y nosotros entregamos atención médica en una base de pago por servicio, que no es reembolsable por el HMO contratado por Medicare. Al aceptar el contrato de tratamiento con PNS, Inc. usted acepta que no presentará una reclamación de pago bajo la HMO contratada por Medicare por servicios prestados en nuestra oficina.

**Pagos:** A menos que otros arreglos sean aprobados por nosotros por escrito, el saldo de su cuenta es vencido y debe ser pagado en la fecha en que se solicita en persona o en por escrito por facturación, lo que sea más temprano. Las cuentas se consideran vencidas y quedan sujetas a ser reportadas a colecciones si no se pagan dentro de 90 días. *Todos los copagos, visitas a la oficina, u otros costos deben ser pagados en el momento del prestamo del servicio. Cualquier co-pago o deducibles son un requisito de seguro* y no pueden ser renunciados o reducidos por nuestra oficina. Tenga en cuenta que también hay un cargo de \$ 25 por cheque sin fondos.

**Llamadas telefónicas:** Debemos examinar todas las llamadas a los médicos durante las horas de oficina mientras están viendo a los pacientes. Las llamadas consideradas "no emergentes" serán manejadas por el personal en el orden recibido. Si es necesario dejar un mensaje para los médicos directamente, las llamadas serán devueltas de 24-48 hrs o bien el clínico o staff, como sea apropiado.

**Prescripción de recetas (refills):** *La petición de la prescripción refills será manejada en el momento de su cita durante las horas regulares de oficina.* Las recetas de *refills* no serán manejadas después de las horas normales de oficina o durante el fin de semana. Es su responsabilidad monitorear la cantidad de medicamento que usted tiene disponible. PNS, Inc. no rellenará las solicitudes de medicamentos recetados por teléfono o fax de usted mismo y/o de su farmacia. El personal de PNS, Inc., le proporcionarán suficientes *refills* hasta su próxima visita programada. Entendemos que puede haber emergencias o situaciones fuera de su control que requieran *refills* de emergencia, si ese es el caso, usted tendrá que venir a la oficina y solicitarlo personalmente, y se la dará en ese momento. Esto se hace para garantizar su seguridad y para evitar malentendidos con su farmacia. Si usted no tiene una cita de seguimiento en ese momento, se programará una para usted. *Nuestro personal se reservan el derecho a negar lo refills o de reducir la cantidad/dosis.* Los *refills* de los pacientes también pueden ser negados si los pacientes no han regresado para los seguimientos dentro del plazo acordado. *Además, si las cuentas están atrasadas, si no se reciben pagos o se inicia un plan de pago, los refills están garantizados una vez y usted será responsable por cualquier seguimiento médico apropiado.*

**Cambios en la dirección/teléfono o seguro:** *Por favor, notifíquenos tan pronto como sea posible si tiene un cambio en su domicilio o dirección de su cuenta, números de teléfono y cobertura de seguro.* Si no tenemos información actual, esto retrasará el pago y posiblemente le causará gastos inesperados. Las leyes de seguros de California exigen que las reclamaciones se presenten a más tardar 90 días después de la fecha del servicio y para otras compañías, el plazo es de 30 días. Por favor, también háganos saber si hay preocupaciones sobre el número de teléfono utilizado para llamadas de recordatorio por nuestra oficina. Se le pedirá que rellene completamente un nuevo perfil de información cada año.

**Testimonio legal:** A menudo es imprevisto, pero los asuntos legales que requieren el testimonio de un profesional de salud mental pueden surgir. Ofrecemos servicios psiquiátricos forenses. *Por cualquier razón, si usted nos solicita o se nos somete a una orden judicial para testificar o comparecer en la corte, usted será responsable del gasto en corte.*

**Psicoterapia:** La psicoterapia puede tener beneficios como una reducción significativa de la angustia, relaciones sociales mejoradas, resolución de problemas específicos y una comprensión más clara de sí mismo, sus valores y sus metas. *Para que la terapia sea lo más exitosa posible, usted puede hablar abiertamente y con total honestidad, solucionar las dificultades que surjan y ponga todo su esfuerzo fuera de las sesiones.* Nuestros terapeutas tienen experiencia en varias áreas y colaborarán con los clientes para crear un plan individualizado. Algunas sesiones son breves y otras requieren una duración más prolongada para tratar los síntomas y los objetivos del tratamiento. Si tiene preguntas o dudas, por favor hable con su terapeuta.

**Farmacología/Medicamentos:** La administración de medicamentos se puede utilizar solo o en conjunto con la psicoterapia. Si está viendo a especialistas médicos en PNS, Inc. para la administración de medicamentos, trabajaremos juntos para encontrar la combinación óptima de medicamentos y terapia que ayuden a cumplir sus metas personales. Cuando se indique un medicamento, discutiremos con usted la razón de la medicación y las expectativas o cuidados y recuperación, también discutiremos cualquier tratamiento alternativo razonable. Además, usted entenderá el/los tipo(s) de medicamento(s) que se le recomiendan; dosificación y frecuencia y cualquier posible efecto secundario. Como muchas condiciones tienen una base biológica subyacente, los medicamentos son un componente importante del tratamiento de los problemas psiquiátricos. Recuerde, usted está tratando con una condición médica no un defecto de carácter. Nuestro objetivo es *personalizar* un plan psico-farmacológico específico a las necesidades y síntomas únicos del individuo.

**Pruebas y Procedimientos de Laboratorio:** Como parte de su plan de tratamiento, nuestro personal médico puede recomendar ciertas pruebas de laboratorio/análisis de sangre para solicitar ayuda en el diagnóstico y descartar las causas médicas de los síntomas. Nuestro personal médico se enfoca en la atención integral observándolo como un todo. Ciertos medicamentos requieren estudios de rutina y periódicos de sangre. Trabajamos con las últimas tecnologías para proporcionarle un cuidado óptimo y esto incluye pruebas genéticas para determinar la capacidad de su cuerpo para metabolizar medicamentos específicos. Por favor asegúrese de discutir cualquier síntoma físico, antecedentes médicos, etc. que puedan ser importantes en su situación actual. *Los laboratorios si se ordenan, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios estén incluidos en su seguro de gasto médicos.*

**Referencias/Autorizaciones:** *Si su solicitud requiere una autorización previa o una autorización previa, usted es responsable de obtenerla.* De no hacerlo puede resultar en negaciones de pago de su seguro. Ocasionalmente, nuestros médicos lo remitirán a otro especialista. Las recomendaciones se basan en su experiencia con el especialista, pero el especialista puede no puede ser un proveedor dentro de la red con su compañía de seguros. Deberá ponerse en contacto con la oficina y/o su seguro para determinar si dicho proveedor está cubierto.

**Autorización Para Compartir Información Médica Con La Investigación Clínica De ATP Y Otras Opciones De Tratamiento Disponibles Para Usted:** Los pacientes que se ven y se evalúan en PNS, Inc. reciben las intervenciones de medicación más avanzadas disponibles en los Estados Unidos. PNS tiene el mandato de utilizar la farmacología para la mejor ventaja y para el más alto bienestar de nuestros pacientes. ATP Clinical Research es la más innovadora organización de investigación clínica en el Condado de Orange. ATP ha ayudado a desarrollar nuevos compuestos médicos en los ensayos clínicos que pueden no estar disponibles para nuestros pacientes en el mercado abierto. ATP ofrece ensayos clínicos y medicamentos de investigación para usted y sus seres queridos sin ningún costo para usted si califica para el estudio. La mayoría de los medicamentos para la salud mental que ahora están disponibles comercialmente estaban disponibles para nuestros pacientes a través de ATP antes de obtener la aprobación oficial de la FDA. Si usted o un ser querido está interesado en participar y tener acceso a estos medicamentos/compuestos, por favor tenga la amabilidad de preguntar a su médico y/o cualquier miembro del personal y estaremos en la mejor disposición de brindarle toda la información disponible y ponerlo en contacto con un representante de ATP.

**Niños y mascotas:** Los niños son muy especiales para todos nosotros y siempre estamos contentos de verlos, pero por su seguridad y la cortesía de otros pacientes, debemos pedirle que mantenga a sus hijos con usted en todo momento mientras está en nuestra oficina. No se permiten mascotas en el edificio de oficinas, excepto los animales que son mascotas de terapia registrada.

**Teléfonos Celulares y Fumadores / E-Cigarrillos:** Por favor abstenerse de hablar en su teléfono celular y fumar/usar cigarrillos electrónicos mientras está en la oficina o en el área de espera. Esto distrae a los demás a su alrededor y también al medio ambiente que esperamos crear dentro de nuestra oficina. Por favor tenga en cuenta que hay varias empresas profesionales dentro de este edificio de oficinas y por lo tanto respetar su necesidad de un ambiente tranquilo.

**Política de Quejas:** La comunicación es un elemento esencial de su salud y relaciones interpersonales. Si en cualquier momento usted tiene preocupaciones, por favor discuta con su doctor, NP, PA, terapeuta y/o nuestro gerente de oficina. Si todavía no se ha logrado una resolución razonable, usted tiene el derecho de solicitar una reunión con el Director Médico para discutir su preocupación.

*Al firmar a continuación, reconozco que he leído las políticas y procedimientos anteriores y acepto el tratamiento con PNS, Inc. y estoy de acuerdo en acatar los términos durante nuestra relación profesional.*

X

**Firma del paciente o representante legal**

**Fecha**

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CON CUIDADO. Este es un RESUMEN de sus derechos y de nuestras responsabilidades con respecto a su médica. Una versión de este aviso está disponible en nuestra oficina, disponible a su petición. Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a nuestro Equipo Administrativo. Esta notificación fue actualizada el 23 de septiembre de 2013 y es efectiva hasta su reemplazo.*

**Quién:** Todos los médicos y personal de oficina de PNS, Inc. están comprometidos con la privacidad de la información médica de nuestros clientes.

**Información Protegida de Salud (PHI):** Se refiere a información en su historial médico que podría identificarle. Es información identificable individualmente acerca de su salud, condición o salud en el pasado, presente o futuro, la suministro de atención médica a usted o el pago por el cuidado de la salud.

**Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida:** De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la Regla de Privacidad de HIPAA, se nos permite usar y/o divulgar su PHI para propósitos de tratamiento, pagos por servicios que reciba, por operaciones de atención de salud, recordatorios de citas, tratamientos de salud, beneficios y servicios relacionados con la salud, personas involucradas en su cuidado, compensación de trabajadores, riesgos de salud pública, como lo requiere la ley y para evitar una amenaza seria a la salud de la seguridad. Para la mayoría de los usos y/o revelaciones de su PHI, se le pedirá que conceda su permiso a través de un autorización firmado para liberar su información

**Regla Final de la HIPAA Omnibus (Actualización a la HIPAA) 2013:** Las nuevas normas de privacidad adoptadas en 2013 para aclarar y proteger la información/confidencialidad de la salud de los pacientes cuando se divulgue, sino también para facilitar el flujo de la información médica entre proveedores. Por favor, lea lo siguiente para que entienda sus derechos como paciente de las nuevas reglas sobre confidencialidad. No dude en preguntar acerca de la privacidad, la confidencialidad o los registros psiquiátricos. Las actualizaciones a las anteriores políticas HIPAA 2013 son las siguientes:

\* El permiso del paciente no es necesario para la transferencia de información médica o psiquiátrica entre los proveedores, siempre que sólo se suministre la información necesaria. La colaboración de los acuerdos de cuidado firmados en la oficina puede ayudar a especificar mejor esto.

\* Las notas de psicoterapia no están autorizadas para ser liberadas sin el consentimiento del paciente y aun si se obtiene el consentimiento, nuestra oficina a menudo prefiere completar un resumen de tratamiento en lugar de proteger su privacidad y también facilitar mejor la atención.

\* Los registros de abuso de sustancias de los programas de alcohol y drogas están exentos de cualquier permiso de divulgación para pacientes ambulatorios. Si usted (o su hijo(a)) es admitido en un programa de tratamiento para el abuso de sustancias asegúrese de firmar un comunicado para que podamos hablar con los proveedores y obtener un resumen de alta y datos de laboratorio al momento de la alta. Sin ella no podemos obtener ninguna información.

\* Puede que tengamos que revelar alguna información psiquiátrica cuando sea requerida por la ley sin su consentimiento. Esto incluye el reporte obligatorio de abuso de niños/ancianos y casos de orden legal o citación (ver confidencialidad en las Políticas de la Oficina).

\* Seguridad nacional y problemas de salud pública. Es posible que se nos exija divulgar cierta información a las autoridades militares o a los funcionarios federales de salud si se requiere para inteligencia legal, seguridad en salud pública o seguridad pública.

### **Derechos de los pacientes con respecto a su información de salud protegida (PHI) y registros psiquiátricos:**

\*Derecho a inspeccionar y copiar su información médica: Los pacientes tienen el derecho de inspeccionar y copiar su propia información médica protegida (registro médico) a petición, excepto los registros de salud mental, los cuales deben ser revisados primero con un médico. En los casos que la exposición al registro puede ser perjudicial para el paciente, el clínico puede denegar la solicitud. Si solicita una copia de su registro, generalmente revisaremos el expediente con usted. Es poco probable que la información sea una información que un paciente no debe o no puede leer, pero gran parte de la información en el cuadro puede requerir explicación.

\* Derecho a Solicitar una Enmienda: La información que considere incorrecta o incompleta.

\* Derecho a una Contabilidad de las Divulgaciones: Sobre la información médica que hemos compartido sobre ti.

\* Derecho a Solicitar Restricciones: sobre la información que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención de salud.

\* Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales: según lo especificado por usted y también por medios alternativos.

\* Derecho a una copia en papel de este aviso.

**Cambios a la Notificación:** Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y publicaremos una copia fechada en la oficina. Quejas: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el Gerente de Oficina o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado por llenar una queja.

## CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad y estoy conciente de mi derecho de tener una copia completa de HIPAA si lo deseo.

X

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

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

X

\_\_\_\_\_  
**Firma de testigo**

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

## Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc.

3151 Airway Avenue T-3  
 Costa Mesa, California 92626  
 Teléfono: 714-545-5550 Fax: 714-545-5748

### AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN *Médica, Psiquiátrica y de Abuso de Sustancias*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ #SSN: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

MARCA UNA o AMBAS: [ ] Por favor **OBTENER** información **DE:** [ ] Por favor **ENVIAR** información **A:**

Nombre del individuo /organización	Dirección	#Teléfono	#Fax	Relación con el paciente

**Derechos y Restricciones:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no puede afectar mi capacidad de obtener tratamiento. Puedo inspeccionar u obtener una copia de esta autorización para que sea utilizada y/o revelada bajo esta autorización de acuerdo con la política de la organización. Una Fotocopia/Fax se puede utilizar como original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento o cambiar la información que se va a publicar. Mi revocación será efectiva al momento de su recepción, pero no será efectiva en la medida en que esta organización haya tomado medidas en dependencia de esta autorización.

*De acuerdo con la ley de California, sin embargo, un receptor información médica, ya sea distribuido con una autorización o con las disposiciones discrecionales del Código Civil de California # 56.10 (x) no podrá divulgar esa información médica, excepto de acuerdo con una nueva autorización o como específicamente requiere o permite la ley.*

Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre del paciente/representante legal*) por la presente, autorizo a **PNS, Inc.** a revelar información y registros obtenidos en el curso de mi diagnóstico y/o tratamiento, y para recibir información sobre mi diagnóstico y tratamiento para el siguiente propósito: obtener información médica/historia psiquiátrica, ayudar en el diagnóstico y/o tratamiento y coordinar la atención en forma continua con mis otros proveedores.

**Firma del paciente o representante legal**

**Fecha**

X

**Firma de testigo**

**Fecha**

## ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a la negligencia médica, que es cualquier atención médica bajo este contrato que sean innecesarias o no autorizadas o sean indebidamente, negligentemente o incompetentemente rendidas, serán determinadas por la sumisión al arbitraje como lo provee la ley de California, y no por una demanda o recurrir al proceso judicial excepto como la ley de California provee para revisión judicial de procedimientos de arbitraje. Ambas partes en este contrato, al entrar en él, están renunciando a su derecho constitucional a que cualquier controversia sea decidida ante un tribunal ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

**Artículo 2: Todas las Reclamaciones deben ser Arbitradas:** Es intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias, ya sea en agravio, contrato o de otra manera, y obligará a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de, o en cualquier forma, relacionarse con el tratamiento o servicios proporcionados o no proporcionados por el médico, grupo o asociación, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, asociaciones, empleados, agentes, clínicas, todos los proveedores (en adelante denominados colectivamente "médico") a un paciente, incluyendo cualquier cónyuge o herederos del paciente y en el caso de una madre embarazada, el término "paciente" en el presente documento significará tanto al hijo mayor como al hijo o hijos esperados de la madre.

La presentación por el médico de cualquier acción en cualquier corte para recaudar cualquier honorario del paciente no renunciará al derecho de exigir el arbitraje de cualquier reclamación por *mala praxis*. Sin embargo, a raíz de la afirmación de cualquier reclamación contra el médico, cualquier disputa de honorarios, sea o no objeto de cualquier acción judicial existente, también será resuelta por arbitraje.

**Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable:** La demanda de arbitraje deberá ser comunicada por escrito por correo de los Estados Unidos, franqueo pagado por adelantado, a todas las partes, describiendo la reclamación contra el médico, el monto de los daños y perjuicios solicitados y los nombres, del paciente, y (si es aplicable) y su testimonio. Las partes seleccionarán a continuación un árbitro neutral que fue previamente un juez de la corte superior de California, para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños, previa solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá perseguir sus demandas con diligencia razonable, y el arbitraje se regirá de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil §§ 1280-1295 y la Ley de Arbitraje Federal (9 U.S.C. §§ 1-4). Las partes correrán con sus propios costos, honorarios y gastos, así como una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

**Artículo 4: Efecto Activo:** El paciente desea que el presente contrato se aplique a todos los servicios prestados por el médico no sólo después de la fecha de su firma (incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de emergencia), sino también antes de su firma.

**Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días de la firma y si no se revoca, regirá todos los medicamentos y servicios recibidos por el paciente.

**Artículo 6: Disposición de Severidad:** En caso de que cualquier disposición de este acuerdo sea declarada nula y/o no ejecutable, dicha disposición se considerará separada de la misma y el resto del contrato se cumplirá de acuerdo con la ley de California.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo. Por mi firma abajo, reconozco que he recibido una copia.

NOTIFICACIÓN: POR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA HAYE CUALQUIER EDICIÓN DE MEDICINA LA ADJUDICACIÓN SE DECIDE POR ARBITRAJE NEUTRAL Y USTED ESTA ENTREGANDO SU PRUEBA A UN JURADO O TRIBUNAL DE JUICIO VEA EL ARTÍCULO DE SU CONTRATO.

Por: \_\_\_\_\_  
Médico o Representante Autorizado (Fecha)

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

Por: \_\_\_\_\_  
Sello o Estampa del Nombre del Médico (Fecha)  
Grupo Médico o Nombre de Asociación

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente (si aplica)(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre y relación con el Paciente

Por: \_\_\_\_\_  
Firma del Traductor (si aplica) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Traductor

Se debe dar al paciente una copia de este documento. La copia original será archivada en en el expediente médico del paciente.