



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
Teléfono de casa:						
Nombre del jefe/Nombre de escuela:		Dirección trabajo/escuela:		Teléfono del trabajo:		
Ocupación:		Número de seguro social:	#Licencia manejo	Número de celular		
Número de teléfono preferido para contactarlo: ___ 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 ___ Otro: ___ Seguro ___ Hospital ___ Yelp ___ Terapeuta ___ Escuela ___ Búsqueda por internet					Nombre referente:	

COLABORACIÓN DE ACUERDO DE CUIDADO

Nombre del doctor primario MD/NP/PA	Dirección Ciudad: _____ #Teléfono: _____	Consentimiento de colaboración de cuidado ___ SI ___ NO
Nombre del terapeuta (si aplica)	Dirección Ciudad: _____ #Teléfono: _____	Consentimiento de colaboración de cuidado ___ SI ___ NO
Nombre del psiquiatra actual/NP/PA	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 **Fecha de hoy**

**POLÍTICA DE LA OFICINA DE CANCELACIÓN TARDE Y DE NO ASISTENCIA:
24 HORAS LABORALES**

Es nuestro objetivo proporcionarle los servicios de la manera más cómoda y puntual. Para lograr este objetivo necesitamos que acuda de manera puntual a sus citas. Nuestros médicos y proveedores harán todo su esfuerzo para estar a tiempo, sin embargo, *debido a la naturaleza de la práctica y la necesidad de algunos pacientes o síntomas, los proveedores pueden estar tarde en algunas ocasiones.*

Una vez que su cita está programada, en caso de cancelación se espera que proporcione el aviso con al menos 24 horas de antelación. El horario de consulta es en los días laborables entre el lunes y el viernes. Esto significa que, si tiene una cita el lunes a las 4 PM, debe cancelar el viernes a las 4 pm para evitar el cobro total de la consulta. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no reembolsarán las sesiones perdidas o canceladas, así como tampoco se les facturará. Como recordatorio, se cobrará la sesión perdida/cancelada en la(s) tarjeta(s) de crédito(s) archivada(s), según a su consentimiento a continuación.

Si usted no proporciona una notificación de cancelación de por lo menos 24 horas hábiles, o no puede acudir a una cita programada, usted será responsable del cobro de no aparición tarde/cancelación de \$75. dls. Nos enorgullecemos de ofrecer atención médica que está fuera de la norma de la atención médica administrada, lo cual permite que cada cliente reciba el tiempo necesario para atender sus necesidades específicas. Debido al enfoque de nuestra práctica y la escasez de proveedores de salud mental, muchos de nuestros médicos tienen largas listas de espera, y por lo tanto en caso de no presentarse o cancelar tarde, puede evitar que otros clientes reciban tratamiento. Entendemos que pueden surgir ciertas emergencias que están fuera de su control, por lo que le sugerimos que por favor discuta cualquier situación con nuestro personal en dichas circunstancias.

He leído y entendido las pólizas arriba mencionadas y estaré sujeto a ellas por los servicios de Pacific Neuropsychiatric Specialits:

X

Firma del paciente o representante legal

Fecha de hoy:

AUTORIZACIÓN Y POLÍTICA DE TARIETAS DE CRÉDITO

Es política de la oficina recolectar la información de la tarjeta de crédito de todos los pacientes, o de sus partes responsables, dicha información será mantenida en archivo de manera confidencial y cumpliendo con lo estipulado por HIPAA. Mantenemos esta información debido a tres propósitos:

- 1) Requerimos que **los co-pagos/honorarios de seguro sean pagados en el momento de su visita**. Si para un paciente no es posible pagar su co-pago u honorarios en el momento de la visita con dinero en efectivo o cheque, tendremos su información de tarjeta de crédito en el archivo y procesaremos el pago por ellos. Es demasiado costoso para nuestra práctica facturar a un paciente por su copago/honorarios.
- 2) Si una cita es **cancelada en menos de 24 horas** laborales o un paciente no acude a una cita programada, la tarifa completa es será cargada a su tarjeta en el archivo. Las faltas de presentarse y/o las cancelaciones tardías no se pueden facturar al seguro.
- 3) Si un paciente tiene **60+ días de pago(s) atrasado(s), con cualquier saldo**, procesaremos el pago usando la información de la tarjeta de crédito o podremos establecer un plan de pago mensual según lo acordado con la administración de la oficina.

Pacific Neuropsychiatric Specialits (PNS) Inc. no acepta pacientes sin una tarjeta de crédito válida en nuestros archivos.

Yo, X, estoy autorizando a PNS para cobrar de mi tarjeta de crédito por las razones arriba estipuladas. Por otra parte, para pagos atrasados mayores o iguales a 60 días, autorizo a PNS Inc. a cobrar de mi tarjeta de crédito el cobro total la deuda. Soy consciente que mi tarjeta debe ser manualmente escrita y, por lo tanto, no se ha obtenido mi firma, pero estoy de acuerdo con las medidas mencionadas anteriormente. Yo no pugaré por cargos de sesiones que ya recibí o que yo no haya cancelado con más de 24 horas laborales. Si opto por disputar un cargo a mi compañía de tarjeta de crédito, se me otorgará una copia de esta autorización de tarjeta de crédito.

Tipo de tarjeta de crédito (Encierra en un círculo una): Visa MasterCard American Express

Nombre en la tarjeta: _____ Relación con el paciente: Yo Padre Esposo Otro

Tarjeta: _____ Fecha expiración: _____ Código Seguridad: _____

Dirección de cobro (si es diferente a la primaria): _____

X

Firma del tarjeta habiente (si no es el paciente)

Fecha

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.						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación
Nombre	#Teléfono	Relación					
Nombre	#Teléfono	Relación					
3.	4.						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación
Nombre	#Teléfono	Relación					
Nombre	#Teléfono	Relación					

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

1.	2.						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">Nombre</td><td style="width: 33%;">#Teléfono</td><td style="width: 33%;">Relación</td></tr></table>	Nombre	#Teléfono	Relación
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 sus 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. Desórdenes Alimenticios: Si No. Psicosis: Si No. Historia infancia con problemas de aprendizaje o dificultades académicas: _____

Último examen 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/assalto de cualquier tipo hacia usted: Si No.

Nombres y edades de padres y hermanos: _____

Enliste cualquier cambio/estrés/pérdida reciente 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 cubrir 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 co-pagos, visitas a la oficina, u otros costos deben ser pagados en el momento del préstamo 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 le 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, notifiquenos 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, solucione 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.

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIÁTRICO Y PSYCOTERAPIA

Todos los médicos y personal están licenciados por el estado de California.

A pesar de que los servicios psiquiátricos y psicológicos son de ayuda para la mayoría de los pacientes, no existen garantías de éxito. Además, existen algunos riesgos en psicoterapia. Las personas que participan en psicoterapia experimentan emociones fuertes tales como ansiedad, frustración, tristeza y enojo cuando están afrontando alguna situación dolorosa o un evento pasado poco placentero. La terapia puede evocar memorias o darse cuenta de cosas que pueden ser estresantes para usted. Las personas pueden experimentar dilemas personales no anticipados, preocupaciones y/o sueños. Por lo tanto, intentar resolver algunos problemas con personas importantes en su vida, tales como esposo/pareja, hijo u otros miembros de la familia puede resultar en cambios que originalmente no eran la intención.

Las intervenciones médicas pueden resultar en riesgos inherentes asociados a ellas. A pesar de que los proveedores médicos están altamente calificados en prescribir medicamentos, siempre existe un posible riesgo con cualquier medicamento que es usado. En el momento que un proveedor medico prescribe un medicamento, usted recibirá una completa explicación de los efectos esperados, riesgos, beneficios y tratamientos alternativos disponibles para usted o sus seres queridos.

MEDICAMENTOS

Los medicamentos son frecuentemente usados en conjunto con psicoterapia o terapia grupal. Si un medicamento es indicado, discutiremos con usted la naturaleza de su enfermedad, la razón por la que le estamos prescribiendo el medicamento, y las posibilidades que usted mejore con o sin medicamento. También le explicaremos cualquier alternativa razonable al tratamiento médico que no ha sido tratado y una explicación de porque no debió haber sido tratado primero.

El Doctor/Proveedor médico ha discutido conmigo y/o con mis familiares la dosis, los rangos de las dosis, así como también la frecuencia con que el o los medicamentos deben ser tomados. Además, el Doctor/Proveedor medico ha discutido conmigo y/o con mis familiares la posibilidad de efectos adversos que mi o mis medicamentos pueden causar, los peligros de tomar medicamentos mientras se está bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, incluidas píldoras para bajar de peso, y efectos adversos que pueden ocurrir en relación con cualquier otro problema médico que yo pueda tener. Finalmente, el Doctor/Proveedor médico ha discutido conmigo el efecto de retirar súbitamente el medicamento en contra del consejo médico.

Yo entiendo que tengo el derecho de preguntar cualquier cosa relacionada a mi o mis medicamentos en cualquier momento durante mi tratamiento. También, entiendo que este consentimiento es válido por el momento que yo me encuentre en tratamiento y que tengo el derecho a reusarme a tomar medicamentos en cualquier momento con sólo llamar al Doctor/Proveedor médico así como también a recibir una revisión médica apropiada.

Nosotros hemos discutido los riesgos, beneficios y tratamientos alternativos, así como también tratamientos no farmacológicos opcionales asociado a tratamientos médicos individualizados. Yo he dado una amplia oportunidad de preguntar cualquier cosa relacionada con mi tratamiento, y me siento satisfecho con la explicación dada. En este punto un consentimiento completo ha sido obtenido. Yo he leído esta forma, la entiendo y consiento tomar los medicamentos prescritos por mi Doctor/Proveedor médico.

X _____

Firma del paciente

Nombre en letra imprenta

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 G-1
 Costa Mesa, California 92626
 Teléfono: 714-545-5550 Fax: 714-708-2588

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: _____

MARCAR 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



OTROS TRATAMIENTOS DISPONIBLES PARA TI

Los pacientes vistos y evaluados en Pacific Neuropsychiatric Specialists reciben los medicamentos e intervenciones más avanzadas disponibles en los Estados Unidos. Es política de PNS utilizar la psicofarmacología para la mejor ventaja y más alto bienestar de nuestros pacientes.

ATP Clinical Research es la primera institución de investigación clínica en Orange County. ATP ha ayudado a desarrollar, así como también ha trabajado con compuestos médicos muy novedosos que quizás no están disponibles para los pacientes en el mercado.

ATP ofrece ensayos clínicos aleatorios e investigación médica para usted y para sus seres queridos a ningún costo, si usted califica en algún estudio.

La mayoría de los medicamentos que ahora están disponibles en el mercado para nuestros pacientes estuvieron disponibles antes la autorización oficial de la FDA. Si usted o un ser querido están interesados en alguno de este ensayo médico, por favor tenga la gentileza de firmar en la parte de abajo.

Autorización para compartir información Psiquiátrica/Médica con ATP Clinical Research, Inc.

Yo autorizo a Pacific Neuropsychiatric Specialits para discutir mis opciones de tratamiento con ATP Clinical Research Inc. y doy mi consentimiento para que me contacten, con opciones de tratamientos que no tendrían ningún costo para mí, así como también estudios de laboratorio, citas médicas, y estudios de imagen, en caso de que yo califique para un estudio y participe.

Firma

Fecha