



REGISTRO DE EL PACIENTE

Seleccione su oficina de tratamiento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Costa Mesa: 3151 Airway Ave., G-1, Costa Mesa, CA, 92626 | <input type="checkbox"/> Orange: 1310 West Stewart Dr, Suite 306, Orange, CA 92868 |
| <input type="checkbox"/> Orange: 705 West La Veta Ave., Suite 111, Orange, CA 92868 | <input type="checkbox"/> Santa Ana: 999 North Tustin Ave., Suite 216, Santa Ana, CA 92705 |
| <input type="checkbox"/> Mission Viejo: 26024 Acero, Mission Viejo, CA 92691 | |
| <input type="checkbox"/> Huntington Beach: 19671 Beach Blvd Suite 215, Huntington Beach, CA 92648 | |

Nombre:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
Dirección:			Ciudad:		Estado y Código Postal:
Dirección de correo electrónico:				Ocupación:	
Número de licencia de manejar:					
Número Celular:			Número de teléfono secundario:		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado			Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado		
Nombre del MD/NP/PA de atención primaria: _____				¿Consentimiento para colaborar?	
Ciudad: _____ Teléfono: _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del MD/NP/PA de atención primaria: _____				¿Consentimiento para colaborar?	
Ciudad: _____ Teléfono: _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Titular de la póliza de seguro y fecha de nacimiento: (si no es usted mismo): _____					
He proporcionado mi tarjeta de seguro primario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A He proporcionado mi tarjeta de seguro secundario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A					
¿Cómo se enteró de nosotros?					
<input type="checkbox"/> Pnsoc.com <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Médico de cabecera <input type="checkbox"/> Terapeuta <input type="checkbox"/> Amigo/Familia: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

REGISTRO EL PORTAL DE PACIENTES

Pacific Neuropsychiatric Specialists se complace en ofrecer una nueva función: ¡un portal para pacientes! ¡El portal para pacientes es una herramienta en línea conveniente, segura y disponible las 24 horas, los 7 días de la semana!

¡REGÍSTRESE HOY EN EL PORTAL DE PACIENTES!

SSimplemente complete su nombre e información de correo electrónico a continuación y recibirá un enlace en el correo electrónico que indique a continuación para completar el registro en el Portal de Pacientes.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Correo electrónico: _____ **Firma:** _____



**CONTACTOS DE EMERGENCIA
SÓLO EN CASO DE UNA EMERGENCIA**

Su contacto de emergencia no tendrá acceso a sus registros médicos ni podrá programar citas en su nombre

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre/Organización: _____ Relación: _____

MARQUE UNO o AMBOS: OBTENER información Número de teléfono: _____
 LIBERAR información Fax: _____

Nombre/Organización: _____ Relación: _____

MARQUE UNO o AMBOS: OBTENER información Número de teléfono: _____
 LIBERAR información Fax: _____

Derechos y restricciones: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar puede afectar mi capacidad para obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o obtener una copia de esta autorización para usarla y/o divulgar el conforme a esta autorización de acuerdo con la política de la organización. Se puede utilizar fotocopia/fax como original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento o cambiar la información que se divulgará. Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que esta organización haya tomado otras medidas basándose en esta autorización.

Yo, _____ (nombre del paciente o tutor), por la presente autorizo a Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc. a divulgar información y registros obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento, y a recibir información sobre mi diagnóstico y tratamiento para los siguientes propósitos: obtener historial médico/psiquiátrico previo, ayudar en el diagnóstico y tratamiento, y coordinar la atención de forma continua con mis otros proveedores.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACION MEDICA PREVADA

Investigación clínica y estimulación magnética transcraneal: Pacific Neuropsychiatric Specialists está asociado con Neurostar, una empresa que ofrece estimulación magnética transcraneal, una opción de tratamiento sin medicamentos para pacientes con depresión. A los pacientes de Pacific Neuropsychiatric Specialists se les recetan las intervenciones farmacológicas más avanzadas disponibles en los Estados Unidos. El mandato de Pacific Neuropsychiatric Specialists es utilizar la psicofarmacología para el mayor beneficio y bienestar de nuestros pacientes. PNS Clinical Research, LLC, has ayudado en el desarrollo de compuestos médicos nuevos y novedosos en ensayos clínicos que pueden no estar disponibles para nuestros pacientes en el mercado abierto. Si califica para el estudio, PNS Clinical Research, LLC, le proporcionarán ensayos clínicos y medicamentos en investigación a usted o a sus seres queridos sin costo alguno. La mayoría de los medicamentos para la salud mental disponibles comercialmente estaban disponibles para nuestros pacientes antes de la aprobación oficial de la FDA. Si usted o un ser querido está interesado en estos nuevos ensayos de medicamentos, firme el formulario de divulgación de información a continuación.

Diagnóstico de laboratorio: Nuestro personal médico puede recomendar que se soliciten ciertas pruebas de laboratorio/análisis de sangre como parte de su plan de tratamiento para ayudar en el diagnóstico y descartar causas médicas de los síntomas. Ciertos medicamentos requieren análisis de sangre periódicos y de rutina. Pacific Neuropsychiatric Specialists colabora con Families Together of Orange County para brindarle atención integral y de alta calidad.

Al firmar este formulario, autorizo a Pacific Neuropsychiatric Specialists a discutir mis opciones de tratamiento con PNS Clinical Research, LLC, Neurostar y Families Together of Orange County, y doy mi consentimiento para que su personal se comuniquen conmigo para conocer opciones de tratamiento que pueden incluir medicamentos, análisis de laboratorio, consultas en el consultorio y diagnóstico por imágenes si califico.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Síntomas actuales/motivo para buscar tratamiento:

Altura:

Peso:

Horas de sueño/noche:

Horas de ejercicio/semana:

Por favor enumere cualquier condición médica/cirugía actual o pasada:

Fecha del último examen físico y laboratorios:

Alergias:

Enumere todos los medicamentos actuales recetados o de venta libre, vitaminas/hierbas y medicamentos psiquiátricos anteriores con sus dosis:

Medicamentos recetados actuales	Vitaminas/suplementos/OTC actuales	Medicamentos psiquiátricos anteriores

Marque la casilla si tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes:

Alucinaciones Desorden alimenticio Pensamientos acelerados
 Ansiedad Energía excesiva Trastornos del sueño
 Autolesiones Impulsividad
 Depresión Intentos de suicidio
 Historia infantil de síntomas de salud mental/o dificultades académicas
 ¿Hospitalización(es) psiquiátrica(s)? (El número): _____

¿Consumo de sustancias en el pasado/ingresó a centros de tratamiento? Sí No

Fecha de sobriedad (si corresponde/en recuperación): _____

Marque la casilla y enumere la cantidad o las veces por día si usa alguna de las siguientes sustancias:

Alcohol _____ por día Opiáceos _____ por día
 Anfetaminas _____ por día PCP _____ por día
 Cocaína _____ por día
 Cigarrillos _____ por día ¿Interesado en dejar de fumar
 Marihuana _____ por día ¿Tarjeta de marihuana medicinal?

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

Estado civil: En una relación Soltero Casado Divorciado

Duración del matrimonio/relación actual:

¿Alguna inquietud con la relación?

Enumere cualquier cambio de vida/eventos estresantes/pérdidas recientes:

¿Dónde creciste?

¿Tiene un historial de abuso/agresión hacia usted de algún tipo?? Sí No

Edades de los niños (si corresponde):

Enumere cualquier historial psiquiátrico o de adicción familiar:

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN

Las evaluaciones iniciales de los síntomas depresivos pueden ayudar a determinar posibles opciones de tratamiento, y las evaluaciones periódicas durante la atención pueden guiar el tratamiento y medir el progreso. Escanee el código QR o haga clic en el enlace a continuación para completar la evaluación para que su proveedor pueda prepararse adecuadamente para su próxima cita.

Para escanear el código QR:

1. Abra la aplicación de la cámara en su teléfono inteligente
2. Sostenga la cámara de su teléfono inteligente hacia el código QR
3. Haga clic en el enlace para abrir el cuestionario en su navegador.
4. Complete el cuestionario y envíelo

URL: <https://phq9web.azurewebsites.net/PHO9/Survey/81942>





POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS

Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes servicios rápidos y cómodos. Las ausencias o cancelaciones tardías pueden afectar la atención que podemos brindar a otros pacientes que buscan tratamiento. Nuestros médicos se esfuerzan por ser puntuales, pero dada la naturaleza de nuestra práctica, puede haber retrasos. Requerimos un aviso de 24 horas hábiles para cancelaciones.

El horario comercial se refiere a los días laborables de lunes a viernes. Por ejemplo, si tiene una cita programada para el lunes a las 4 p.m., debes cancelar antes del viernes a las 4 p.m. para evitar incurrir en cargos. Si no avisa con al menos 24 horas hábiles de antelación o falta a su cita, será responsable de pagar una tarifa de \$75 por no presentarse. Entendemos que pueden surgir ciertas emergencias fuera de su control y lo alentamos a discutir cualquier inquietud con nuestro personal en tales casos. Agradecemos su comprensión y cooperación con estas políticas.

He leído y entiendo las políticas mencionadas anteriormente y cumpliré con estas pautas para los servicios de Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc. Al firmar a continuación, reconozco que la información que proporcionó es correcta en la medida de mis posibilidades.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE AUTORIZACIÓN DE TARJETAS DE CRÉDITO

En Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc., nos esforzamos por garantizar que nuestros pacientes conozcan todas las políticas y procedimientos vigentes. Para garantizar que los copagos y tarifas del seguro se paguen en el momento de su visita, requerimos que tengamos registrada una tarjeta de crédito para procesar los pagos si es necesario. Si no avisa con al menos 24 horas hábiles de antelación o falta a su cita, será responsable de pagar una tarifa de \$75 por no presentarse. Cualquier saldo vencido con más de 60 días se procesa utilizando el mismo método, o puede configurar un plan de pago mensual con la aprobación de la administración de la oficina. Según el cumplimiento de HIPAA, toda la información recopilada sobre los métodos de pago permanece confidencial y segura dentro de nuestro entorno de práctica.

Pacific Neuropsychiatric Specialists, Inc. tiene mi permiso para cargar mi tarjeta de crédito por los motivos antes mencionados, así como cualquier pago pendiente igual o mayor a 60 días, por el monto total adeudado. Entiendo que mi tarjeta se ingresará manualmente y, por lo tanto, no se adquirirá ninguna firma, pero acepto esto de acuerdo con las condiciones establecidas. No discutiré costos por las sesiones que no cancelé con más de 24 horas hábiles de anticipación. Se me proporcionará una copia de esta autorización de tarjeta de crédito si deseo disputar un cargo con el emisor de mi tarjeta de crédito.

Tipo de tarjeta: Amex Discover MasterCard Visa

Número de tarjeta: _____

Nombre en la tarjeta: _____ Exp: _____ CVV: _____

Dirección de facturación (si es diferente a la principal): _____

Relación con el paciente: Uno mismo Padre Cónyuge Otro _____

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Firma del titular de la tarjeta (si es diferente al paciente): _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PSIQUIÁTRICO DE PSICOTERAPIA

Todos los profesionales tienen licencia en el estado de California. Aunque los servicios psiquiátricos y psicológicos son útiles para la mayoría de los pacientes, no existen garantías de éxito. Además, existen algunos riesgos en la psicoterapia. Los pacientes que participan en terapia pueden experimentar emociones fuertes como ansiedad, frustración, tristeza e ira al afrontar situaciones dolorosas o acontecimientos pasados desagradables. La terapia puede traer recuerdos o realizaciones que pueden resultar angustiosas. Los pacientes pueden experimentar dilemas, preocupaciones o sueños personales inesperados. Por lo tanto, tratar de resolver problemas con personas importantes en su vida, como su cónyuge/pareja, hijo u otros miembros de la familia, puede resultar en cambios que no fueron previstos originalmente.

Medicamento: Los medicamentos se utilizan a menudo como complemento de la psicoterapia y la terapia de grupo. Si se indica medicación, discutiremos con usted la naturaleza de su enfermedad, el motivo de la medicación y la probabilidad de mejora con o sin medicación. También le explicaremos cualquier tratamiento alternativo razonable que no sea un medicamento que no se ha probado y explique por qué no se debe probar primero.

El médico ha discutido conmigo y/o mi familia la dosis, los rangos de dosificación y la frecuencia con la que se deben tomar medicamentos. Hemos discutido riesgos, beneficios y tratamientos alternativos, así como opciones no farmacológicas asociadas con el tratamiento individualizado. El médico ha discutido los efectos de la retirada repentina del medicamento en contra del consejo médico. Se me ha brindado amplia oportunidad de hacer cualquier pregunta relacionada con mi tratamiento y me siento cómodo con la explicación dada. Entiendo que tengo derecho a hacer cualquier pregunta sobre mi(s) medicamento(s) en cualquier momento durante mi tratamiento. También entiendo que este consentimiento es válido mientras esté bajo tratamiento y que tengo derecho a rechazar mi(s) medicamento(s) en cualquier momento llamando al médico/profesional médico para recibir una revisión médica adecuada. He leído este formulario, lo entiendo y doy mi consentimiento para tomar los medicamentos recetados por el médico/profesional médico.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

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

Consentimiento para tratar a un menor: La confidencialidad al trabajar con menores puede ser difícil de entender para los padres/tutores. Los menores no se sentirán seguros al abrirse durante el tratamiento a menos que se les pueda asegurar que lo que digan se mantendrá en privado. Sin embargo, como padre, usted tiene derecho a saber cómo está progresando su hijo. En general, aconsejaremos a los menores que, si bien hablaremos con sus padres de vez en cuando, no compartiremos detalles específicos a menos que el niño y los médicos hayan acordado de antemano. La excepción es cuando se obtiene información que cae bajo el estatus de reportero obligatorio (abuso de niños/dependientes/adultos mayores) y/o conocimiento de que el niño tiene tendencias suicidas o está involucrado en actividades peligrosas. En estos casos, se notificará a los padres y a las agencias correspondientes (en caso de abuso). La frecuencia de las reuniones de padres depende del individuo y se realizan periódicamente o cuando surgen problemas. Entre sesiones, puede enviar por correo electrónico cualquier inquietud o actualización a nuestros médicos con respecto al tiempo que lleva fuera del consultorio leer estas inquietudes/solicitudes. Utilice este modo de comunicación, incluido el contacto telefónico, para transmitir solo la información más importante y cualquier problema urgente.

VISIÓN GENERAL DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS EN MENORES DE EDAD: Buscar una consulta psiquiátrica puede ser un proceso emocional y abrumador para los padres. Hay mucho por explorar al decidir si los medicamentos son adecuados para su hijo. Nuestros especialistas médicos son muy conservadores con los medicamentos y discutirán todos los tratamientos alternativos, el papel de la terapia, las necesidades de dieta/ejercicio/sueño, problemas médicos, etc. como parte de un plan de tratamiento. Sin embargo, para muchos, los medicamentos son un elemento esencial en el tratamiento de síntomas y enfermedades en salud mental, al igual que en cualquier otra área de la medicina.

Nosotros, los padres y/o tutores abajo firmantes de un menor de edad, le otorgamos plena autoridad para proceder con una evaluación clínica y un tratamiento según lo indique su criterio. Este consentimiento lo damos yo/nosotros como padre/tutor de dicho niño. Nosotros/yo tenemos el poder legal para dar consentimiento a la evaluación y tratamiento médico, psicológico y de salud mental de dicho menor.

Nombre del paciente/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

- Entiendo que mi proveedor de salud puede solicitar consultas por telemedicina.
- Mi proveedor de salud me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para dicha consulta, que no será lo mismo que una visita directa del paciente al proveedor, ya que no voy a estar en la misma habitación que mi proveedor.
- Entiendo que hay riesgos potenciales al usar esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso sin autorización, y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de salud o yo podemos descontinuar las consultas por telemedicina si se considera que las conexiones de la videoconferencia no son adecuadas para la situación.
- Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas para fines de programación y facturación. También puede haber otros presentes durante la consulta aparte de mi proveedor y proveedor de consultoría para manejar el equipo de video. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Asimismo, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y por tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico, exámenes físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedir al personal que no sean médicos, que abandonen el cuarto de examen de telemedicina; (3) terminar la consulta en cualquier momento.
- Entiendo la diferencia entre una consulta presencial y una consulta de telemedicina. He elegido la consulta de telemedicina.
- Entiendo que se facturará a partir de esta visita de telemedicina.
- He mantenido una conversación directa con mi médico, durante la cual he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el plan de tratamiento con medicamentos.
- Se ha respondido a mis preguntas y se me han explicado los riesgos, los beneficios y las alternativas prácticas en un idioma que entiendo.

Al firmar este formulario, certifico: (1) He leído o me han explicado este formulario. (2) Entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento. (3) Se me ha brindado amplia oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas que he tenido han sido respondidas satisfactoriamente.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA

Utilización de la farmacia de Advantage Healthcare Services: Pacific Neuropsychiatric Specialists reconoce que nuestros pacientes pueden tener preguntas o inquietudes sobre el uso de una farmacia preferida. Queremos asegurarle que tomamos en serio sus necesidades de atención médica, y esto incluye brindar acceso a medicamentos de calidad de manera oportuna. Advantage Healthcare Services ha sido seleccionada como nuestra farmacia preferida para todas las recetas de los pacientes. Advantage Healthcare Services ofrece la mejor combinación de conveniencia, servicio al cliente, soluciones de ahorro de costos y satisfacción general del paciente. Todas las recetas son enviadas directamente por nuestros médicos a Advantage Healthcare Services. Esto se hace para brindar un tratamiento médico seguro y al mismo tiempo reducir los peligros asociados con pedidos inexactos o duplicados enviados por otras farmacias o médicos que no están afiliados a Pacific Neuropsychiatric Specialists. Advantage Healthcare Services ofrece entrega a domicilio al día siguiente para que los pacientes puedan obtener sus medicamentos sin salir de casa. Esta conveniencia permite a nuestros pacientes cumplir con el cronograma de toma de medicamentos de manera regular y, al mismo tiempo, eliminar viajes innecesarios fuera de su casa cuando viajar puede ser difícil debido a ciertos trastornos de salud mental u otros factores fuera de su control. Queremos que las experiencias de nuestros pacientes con nuestros proveedores y farmacia sean lo más positivas posible; sin embargo, si un paciente no desea utilizar nuestra farmacia preferida, puede negarse informando a su médico en el momento de su visita para que se puedan hacer otros arreglos antes de enviar la receta. Valoramos su confianza en nosotros mientras nos esforzamos por satisfacer sus necesidades de atención médica y apreciamos su comprensión y cumplimiento de esta política.

Confidencialidad e informes: Si bien uno de los deberes principales del médico es proteger la privacidad y confidencialidad del paciente, este deber no es absoluto ni está exento de excepciones. Las comunicaciones son confidenciales y, por lo general, no se divulgará ninguna información sin su consentimiento, excepto lo siguiente: Los médicos de Pacific Neuropsychiatric Specialists se consideran informantes obligatorios de abuso infantil y de adultos dependientes/ancianos. Los médicos también pueden solicitar gráficos en casos legales. Sin embargo, los registros pueden estar sujetos al privilegio paciente-terapeuta, y la confidencialidad y seguridad del paciente son de máxima prioridad. La confidencialidad es primordial; sin embargo, en caso de una amenaza para usted o para otros, debemos informar.

Registros médicos: Tanto la ley como las normas profesionales exigen que mantengamos registros de tratamiento adecuados. Tiene derecho a revisar una copia de los registros, a menos que el médico crea que verlos sería emocionalmente perjudicial, en cuyo caso estaremos encantados de entregarlos a un profesional de salud mental adecuado de su elección. Los médicos pueden solicitar gráficos en casos legales; sin embargo, los registros suelen estar sujetos al privilegio paciente-terapeuta y sólo se divulgarán con su consentimiento o una orden judicial. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Hay una tarifa por estas copias.

Emergencias: En caso de una emergencia psiquiátrica, como pensamientos agudos de hacerse daño a uno mismo o a otros o una reacción médicamente peligrosa a un medicamento, puede comunicarse con nuestro personal a través de los números urgentes especificados en el correo de voz de nuestra oficina. Si se enfrenta a una verdadera emergencia clínica, como un peligro inminente para usted o para los demás, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias local.

Pólizas de seguro: Usted es responsable de cualquier monto que no esté cubierto por el seguro y de los cargos generados en momentos en que su seguro esté inactivo. Es responsabilidad del paciente verificar completamente sus beneficios y cobertura antes de su visita(s), aunque nuestra oficina ayudará a los pacientes a navegar por sus beneficios. Si tenemos contrato con su seguro (un proveedor dentro de la red), debemos seguir nuestro contrato y sus requisitos. Facturamos a su seguro como cortesía y, una vez recibidas las reclamaciones, el paciente y el consultorio 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 (es decir, educación del paciente, consultas, etc.). El monto adeudado a la oficina se basa únicamente en el código principal facturado. Tenga en cuenta también que si elige utilizar un seguro para sus visitas, la compañía de seguros puede solicitar información, como diagnóstico y copias de notas de progreso.

Acuerdo de exclusión voluntaria de riesgos de Medicare HMO: Los especialistas en neuropsiquiatría de Pacific y los médicos afiliados NO aceptan nuevos pacientes de riesgo de Medicare HMO. Por ley, los pacientes elegibles para Medicare deben celebrar un contrato privado con Pacific Neuropsychiatric Specialists, y brindamos atención médica mediante pago por servicio, que no es reembolsable por la HMO contratada por Medicare. Al aceptar el contrato de tratamiento con Pacific Neuropsychiatric Specialists, usted acepta que no presentará un reclamo de pago bajo el HMO contratado por Medicare por los servicios prestados en nuestra oficina.

Resurtidos de recetas: Las solicitudes de recargo de recetas se manejan en el momento de su cita durante el horario comercial habitual. No se manejan recargos de recetas después del horario de oficina habitual ni durante el fin de semana. Es su responsabilidad controlar la cantidad de medicamento que tiene disponible. Pacific Neuropsychiatric Specialists no reabastece las solicitudes de recetas por teléfono o fax realizadas por usted o su farmacia. El personal médico de Pacific Neuropsychiatric Specialists le proporcionará suficientes resurtidos para que le duren hasta su próxima visita programada. Si no tiene una cita de seguimiento en ese momento, se le programará una. Nuestros médicos se reservan el derecho de negar resurtidos o reducir cantidades/dosis. También se pueden negar los resurtidos de los pacientes si los pacientes no han regresado para los seguimientos dentro del plazo acordado. Además, si las cuentas están vencidas y no se recibe el pago, o se inicia un plan de pago, los resurtidos de los médicos se otorgarán una vez y, en ese momento, usted será responsable de cualquier atención de seguimiento adecuada.

Legal Testimony: It is often unforeseen, but legal matters requiring the testimony of a mental health professional can and do arise. We offer psychiatric forensic services. If, for any reason, you request, or we are subpoenaed on your behalf and required to testify or appear in court, you will be responsible for our court fees, which our office can provide upon request.

Testimonio Jurídico: A menudo es imprevisto, pero pueden surgir, y de hecho surgen, asuntos legales que requieren el testimonio de un profesional de la salud mental. Ofrecemos servicios forenses psiquiátricos. Si, por cualquier motivo, usted lo solicita, o si nos citan en su nombre y se nos exige que testifiquemos o comparezcamos ante el tribunal, usted será responsable de nuestros honorarios judiciales, que nuestra oficina puede proporcionar si lo solicita.

Pruebas y procedimientos de laboratorio: Como parte de su plan de tratamiento, nuestro personal médico puede recomendar que se soliciten ciertas pruebas de laboratorio/análisis de sangre para ayudar en el diagnóstico y descartar causas médicas de los síntomas. Nuestro personal médico está enfocado en una atención integral para usted. Ciertos medicamentos también requieren análisis de sangre periódicos y de rutina. Trabajamos con las últimas tecnologías para brindarle una atención óptima, que incluye pruebas genéticas para determinar la capacidad de su cuerpo para metabolizar medicamentos específicos. Asegúrese de analizar cualquier síntoma físico, historial médico anterior, etc. que pueda ser importante en su situación actual. Si se solicitan análisis de laboratorio, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios de laboratorio estén incluidos en su seguro.

Referencias/Autorizaciones: Si su seguro requiere una remisión o autorización previa, usted es responsable de obtenerla. No hacerlo puede resultar en denegaciones de pago por parte de su seguro. Ocasionalmente, nuestros médicos lo derivaron a otro especialista. Las recomendaciones se basan en su experiencia con el especialista, pero el especialista puede o no ser un proveedor dentro de la red de su compañía de seguros. Deberá comunicarse con la oficina y/o con su seguro para determinar si ese proveedor está cubierto.

Niños y mascotas: Los niños y las mascotas son muy especiales para todos nosotros y siempre estamos felices de verlos, pero por su seguridad y cortesía de otros pacientes, debemos pedirle que los mantenga con usted en todo momento mientras esté en nuestro consultorio.

Teléfonos móviles y fumar/cigarrillos electrónicos: Por favor, abstenerse de hablar por teléfono celular y fumar/usar cigarrillos electrónicos mientras se encuentre en la oficina o en la sala de espera. Esto distrae a quienes lo rodean y al ambiente que esperamos crear dentro de nuestra oficina. Tenga en cuenta que hay varias empresas profesionales dentro de este edificio de oficinas y, por lo tanto, respete su necesidad de un ambiente tranquilo.

Abrir base de datos de pagos: La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaysdata.cms.gov>.



Tecnología de escucha ambiental: PNS utiliza una herramienta de software que ayuda a los médicos a documentar las visitas de los pacientes de forma rápida y precisa, liberando tiempo para que los proveedores se concentren en brindar atención de calidad al paciente durante sus citas. El software de transcripción registra las conversaciones entre pacientes y proveedores en formato de texto, que luego se utiliza para crear una nota clínica precisa. El proveedor revisa la grabación antes de firmar la nota del gráfico. La herramienta no guarda ni utiliza la grabación después de la visita, y la información del registro médico se mantiene privada y solo PNS puede acceder a ella.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído las políticas y procedimientos del consultorio anteriores, doy mi consentimiento para el tratamiento con Pacific Neuropsychiatric Specialists y acepto cumplir con cualquiera de los términos durante nuestra relación profesional.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso explica cómo se puede usar y compartir su información médica y cómo se puede acceder a ella. Es importante leerlo atentamente. Una versión completa está disponible a pedido. Si tiene alguna pregunta, consulte a nuestro equipo administrativo. La información está actualizada a septiembre de 2023 y será válida hasta su actualización.

Todos los médicos y el personal de oficina de Pacific Neuropsychiatric Specialists están comprometidos a proteger la privacidad de la información de salud protegida de nuestros pacientes y clientes. La información médica protegida (PHI) se refiere a la información en su registro médico que podría identificarlo. Es información de identificación individual sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de atención médica o el pago de la atención médica.

De acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la Regla de Privacidad de HIPAA, se nos permite usar y/o divulgar su PHI para fines de tratamiento, el pago de los servicios que recibe, para operaciones de atención médica, recordatorios de citas, alternativas de tratamiento, beneficios y servicios relacionados con la salud, personas involucradas en su atención, compensación laboral, riesgos para la salud pública, según lo exige la ley, y para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Para la mayoría de los usos y/o divulgaciones de su PHI, se le pedirá que otorgue su permiso mediante una Autorización firmada para divulgar información.

Regla final general de HIPAA de 2013 (actualización de HIPAA): en 2013 se adoptaron nuevos estándares de privacidad para aclarar y proteger aún más la información de salud y la confidencialidad de los pacientes cuando se divulga, así como para facilitar el flujo de información médica entre proveedores. Lea lo siguiente para comprender sus derechos como paciente, así como las nuevas reglas sobre confidencialidad del paciente. No dude en preguntar sobre privacidad, confidencialidad o registros psiquiátricos. Las actualizaciones de las políticas HIPAA anteriores incluyen lo siguiente:

- Ya no se requiere el permiso del paciente para la transferencia de información médica y psiquiátrica entre proveedores, siempre que solo se proporcione la información necesaria. La colaboración de los acuerdos de cuidados firmados en el consultorio puede ayudar a concretar mejor esto.
- No se permite la divulgación de notas de psicoterapia sin el consentimiento del paciente, e incluso si se obtiene el consentimiento, nuestra oficina a menudo prefiere completar un resumen del tratamiento para proteger su privacidad y también facilitar mejor la atención.
- Los registros de abuso de sustancias de programas de alcohol/drogas están exentos de cualquier divulgación sin el permiso del paciente. Si usted (o su hijo) es admitido en un programa de tratamiento por abuso de sustancias, asegúrese de firmar una autorización para que podamos hablar con los proveedores y obtener un resumen del alta y datos de laboratorio al momento del alta. Sin esto, no podemos obtener ninguna información.
- Es posible que tengamos que revelar cierta información psiquiátrica cuando así lo exige la ley sin su consentimiento. Esto incluye informes obligatorios de abuso de niños/ancianos y casos de orden legal o citación (ver confidencialidad en las Políticas de la oficina).
- Cuestiones de seguridad nacional y salud pública. Es posible que debamos revelar cierta información a autoridades militares o funcionarios federales de salud si es necesario para fines de inteligencia legal, seguridad de la salud pública o seguridad pública.

Derechos del paciente con respecto a su información médica protegida y registros psiquiátricos:

- Derecho a inspeccionar y copiar su información médica: todos los pacientes tienen derecho a inspeccionar y copiar su propia información de salud protegida (registros médicos) cuando lo soliciten, excepto los registros de salud mental, que deben revisarse primero con el médico. En los casos en que la exposición al registro pueda ser perjudicial para el paciente, el médico puede rechazar la solicitud. Si solicita una copia de su registro psiquiátrico, generalmente revisaremos el registro con usted. Es poco probable que haya información en el cuadro que un paciente no deba o no pueda leer, pero gran parte de la información del cuadro puede requerir explicación
- Derecho a Solicitar una Enmienda: de información que considere incorrecta o incompleta
- Derecho a un informe de divulgaciones: que hemos hecho información médica sobre usted
- Derecho a solicitar restricciones: o limitaciones sobre la información que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago o atención médica
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales: según lo especifique usted y también por medios o ubicaciones alternativas
- Derecho a una copia impresa de este aviso
- Cambios al Aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y publicaremos una copia fechada en la oficina
- Quejas: si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Gerente de la Oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado por presentar una queja

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido una copia del resumen del Aviso de prácticas de privacidad y soy consciente de mi derecho a tener una copia completa de la política HIPAA completa si lo deseo.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____