# Información del paciente

Fecha de hoy: / / Fecha de nacimiento: / /

Nombre:

Primer Segundo Apellido Nombre Preferido

Sexo: M F

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Unido/a

Dirección de correo:

Calle

Ciudad/Estado

Código postal

Teléfono: ( ) - Celular: ( ) -

E-mail: @ .com SS# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idioma preferido:

 **Contacto de emergencia**: ( ) -

Teléfono # Nombre Relación

**Si el paciente en un menor:**

Nombre de la madre: Teléfono#: ( ) - Nombre del padre: Teléfono #: ( ) -

**Información de seguro:**

 No seguro: Pagando privado

Seguro primario: Teléfono #: ( ) - Numero de póliza: Numero de grupo: Nombre del responsable: Fecha de Nacimiento: / /

Seguro social del responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de póliza: Numero de grupo: Nombre del responsable: Fecha de Nacimiento: / /\_\_\_\_\_\_ Seguro social del responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para recibir llamadas / mensajes de texto o correo electrónico para recordatorios de citas:**

**Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados a través de llamadas o mensajes de texto y correo electrónico para recordarle una cita.**

 (Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto de la práctica en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir la comunicación como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras

El número de teléfono que autorizo para recibir (Circula UNO) llamadas telefónicas o mensajes de texto para recordatorios de citas es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas y recordatorios generales de salud e .

*La práctica no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajería de texto según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (comuníquese con su proveedor de precios para conocer los planes de precios y los detalles).*

Persona responsable (Nombre): Fecha:

Firma del responsable: Fecha:

##  Consentimiento para Tratamiento

Elegí recibir servicios de salud mental para mí y/o mi hijo de PSISA a través de servicios en persona o de telesalud que cumplen con regulaciones de HIPAA, cuando corresponda. Mi decisión es voluntaria y entiendo que puedo cancelar estos servicios en cualquier momento, a menos que mi participación haya sido ordenada por un tribunal de justicia.

**Naturaleza de los servicios de salud mental:** Entiendo que durante el curso del tratamiento es posible que necesite hablar sobre material de naturaleza perturbadora para resolver mis problemas. También entiendo que no se puede garantizar que me sentiré mejor después de completar el tratamiento.

**Cumplimiento del plan de tratamiento:** Acepto participar en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado. Entiendo que la asistencia constante es esencial para el éxito de mi tratamiento. Las "ausencias" frecuentes y/o las cancelaciones tardías pueden ser motivo de terminación de los servicios, así como el incumplimiento de mi plan de tratamiento en cualquier forma.

**Supervisión:** Entiendo que hay ciertas circunstancias que pueden requerir que los proveedores de PSISA reciban supervisión. Estas circunstancias incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

1. Las regulaciones estatales de licencia pueden requerir que mi terapeuta o proveedor de servicios reciba supervisión continua

2. Las organizaciones de acreditación, así como las compañías de seguros, pueden requerir que se revise mi plan de tratamiento.

3. Los estándares de atención que guían a la mayoría de los profesionales de la salud mental recomiendan que se obtenga supervisión y/o consulta en situaciones de alto riesgo, como amenazas y/o actos de daño a sí mismo o a otros.

4. Otras circunstancias especiales, como preparación para testificar en la corte

## Derechos del cliente

## ■ El derecho a ser tratado con dignidad y respeto por todo el personal

## ■ El derecho a participar en la planificación y/o revisión de mi plan de tratamiento

## ■ El derecho a saber sobre el progreso de mi tratamiento o la falta del mismo

## ■ El derecho a rechazar el uso de cualquier técnica terapéutica y a hacer preguntas en cualquier momento sobre los métodos utilizados.

## ■ El derecho a que le hablen en un idioma que se entienda completamente

## ■ El derecho a un medio ambiente limpio y seguro

## ■ El derecho a negarse a ser grabado en video, grabado en audio o fotografiado

## ■ El derecho a finalizar el tratamiento en cualquier momento, a menos que lo ordene un tribunal.

## ■ El derecho a presentar una queja o queja sobre la agencia o el personal

## ■ El derecho a la confidencialidad de los registros clínicos y la información personal de acuerdo con las leyes federales y estatales

**Emergencias:** Entiendo que puedo comunicarme con mi(s) proveedor(es) de PSISA al (210) 541-8455. Si no está disponible, puedo dejar un mensaje y me devolverán la llamada lo más pronto posible. Si tengo una situación de emergencia que pone en peligro la vida, puedo llamar al 911.

He leído y entendido todo lo anterior.

Firma del responsable: Fecha:

 **Horas de operación:**

***Lunes a Jueves 8am-5pm Viernes 8am-2pm***

## Las llamadas telefónicas se transferirán a nuestro servicio de contestador durante el siguiente horario comercial: de Lunes a Viernes 8am-9am, de 12pm-1pm y de Lunes a Jueves de 4pm-5pm. Siempre puede dejar un mensaje con el servicio y le devolveremos la llamada lo más pronto posible.

**Para servir mejor a nuestros pacientes, hemos establecido las siguientes pautas de práctica. Lea y firme donde se indica. Las preguntas relacionadas con cualquier política de la oficina pueden dirigirse al personal de nuestra oficina.**

**Citas perdidas ("No presentarse”) /Cancelaciones tardías:** Los horarios de las citas programadas están reservados especialmente para usted. Si pierde o cancela una cita con menos de 24 horas de anticipación (días hábiles), puede estar sujeto a la tarifa de cita perdida de $90.00. La misma política se aplica a la falta de una cita inicial sin dar por lo menos un aviso de 48 horas (días hábiles), en cuyo caso la tarifa será $200.00. Si pierde o cancela tarde más de 2 o 3 veces, correrá el riesgo de que lo despidan y es posible que deba buscar otro proveedor en otro lugar. **A su compañía de seguros no se le cobrará ninguna tarifa asociada con citas perdidas o canceladas en el último minuto. Usted será totalmente responsable de todos y cada uno de los cargos.**

**Tardanza del paciente:** Si llega más de **10 minutos** tarde a su cita, es posible que no lo atiendan y que tenga que reprogramarla y que se considere como una cita perdida con un posible cargo. Se puede ver a un paciente hasta la mitad de la hora de su cita y se le cobrará por una sesión completa.

**Cancelaciones de proveedores:** Ocasionalmente, es posible que su proveedor necesite cambiar su horario, cancelar y reprogramar citas con usted. Se le informará de esto lo más pronto posible. En caso de enfermedad de su proveedor, lamentablemente podemos vernos obligados a darle poca o ninguna notificación con respecto a la ausencia y la necesidad de reprogramar su cita. Mantenga actualizados los números de teléfono y las direcciones para que podamos comunicarnos con usted.

**Copia de registros/FMLA/formularios de discapacidad:** Si desea que su médico u otro profesional obtenga una copia de sus registros, debe firmar una autorización de divulgación de información. Para los formularios iniciales de FMLA/Discapacidad, los pacientes deben ser consistentes con las citas de seguimiento. **Espere de 3 a 5 días hábiles para completar cualquier papeleo. Habrá un cargo de $25.00 por la primera página y $5.00 por cada página adicional después de cualquier papeleo/carta que completen los proveedores. Para expedientes médicos habrá un cargo de $25.00 por las primeras 20 páginas y $00.50 centavos por página adicional. Todas las tarifas deben pagarse por adelantado**. Por favor, pregunte en la recepción por los costos.

**Emergencias**: ***Si tiene una emergencia que pone en peligro la vida, llame al 911.*** El Instituto Psicosomático de San Antonio tiene cobertura nocturna y de fin de semana solo para emergencias. Esperamos llamadas después de las 5 p. m. y los fines de semana se reservarán solo para emergencias. Cualquier emergencia que no ponga en peligro la vida, llame al (210) 541-8455 y solicite al proveedor de turno que le devuelva la llamada y aborde su situación.

**Comparecencias ante el tribunal/reuniones de ARD:** Se requiere una citación para todas las comparecencias ante el tribunal. La persona que solicita la comparecencia ante el tribunal será responsable de los cargos cobrados. Esto también se aplica a las declaraciones juradas, otros asuntos judiciales relacionados y la asistencia a las reuniones de ARD. Nuestros cargos por actividades relacionadas con la corte/escuela son generalmente más altos que nuestros cargos típicos por servicios de salud mental. La oficina comercial puede proporcionar más detalles sobre este tema.

**Recetas:** Las recetas generalmente se escriben en una cantidad que dure hasta la próxima cita programada. Si es necesario llamar a una recarga fuera de una cita, se cobrará un cargo de $15. Se aplicará un cargo de $10.00 si se debe volver a escribir una receta debido a pérdida o vencimiento. Su farmacia debe enviar por fax las solicitudes de reposición de recetas no controladas al (210) 541-9477 para su aprobación**. Espere hasta 3 días hábiles** para que se aprueben los resurtidos de recetas. En general, los resurtidos de medicamentos recetados no se pueden solicitar ni aprobar después del horario comercial porque es posible que su médico y su historial no estén disponibles.

**Práctica de privacidad de HIPPA**: Reconozco que se me ha proporcionado acceso al aviso de Prácticas de privacidad de HIPPA (NPP) del Instituto Psicosomático de Psychosomatic Institute of San Antonio/Maldonado Psychiatric PA Entiendo que puedo obtener una copia del formulario de Prácticas de privacidad de HIPPA (NPP) en la recepción o en el sitio web.

**Políticas de la oficina**: reconozco que se me ha proporcionado acceso a PSISA/MPPA, Políticas de la oficina. Entiendo que puedo obtener una copia de las Políticas de la oficina en la recepción o en el sitio web.

**Acuerdo financiero y consentimiento de terceros:**

* Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros; nuestra relación es con usted, NO con la compañía de seguros. Presentamos su reclamo de seguro como una cortesía hacia usted.
* TODOS los cargos incurridos se cargan directamente a USTED y usted es personalmente responsable del pago. Los deducibles y copagos vencen en el momento del tratamiento. **ESTIMAMOS sus copagos de acuerdo a su póliza. NO garantizamos de ninguna manera que su seguro pagará esta cantidad.**
* Autorizo el pago directamente al Psychosomatic Institute of San Antonio/Maldonado Psychiatric PA, los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían, y autorizo la divulgación de cualquier información requerida para procesar reclamos de seguro; y comunicarme con mi seguro para coordinar el tratamiento, facilitar un tratamiento de calidad y obtener el reembolso. Al no firmar el consentimiento, acepto el pago completo al momento del servicio.
* Entiendo y acepto que, independientemente del estado del seguro, soy responsable del saldo de esta cuenta, por cualquier servicio profesional prestado. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Notificaré al Psychosomatic Institute of San Antonio/Maldonado Psychiatric PA de cualquier cambio en la información anterior, incluida la cobertura de seguro, de manera oportuna.
* Si el seguro no paga dentro de los 60 días, debe pagar el saldo adeudado.
* Los saldos de cuenta que no se paguen dentro de los 120 días del servicio se pueden entregar a la agencia de cobranza.

**Defensor del paciente:** Las sugerencias para mejorar lo que hacemos y el servicio que brindamos a nuestros pacientes son bienvenidas en cualquier momento. Estas sugerencias junto con cualquier queja, pregunta, elogio o inquietud sobre cualquier personal administrativo del Psychosomatic Institute of San Antonio también son bienvenidas.

Nombre del paciente:

Firma del responsable: Date: / /