

NEW PATIENT FORMS SPANISH TRANSLATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Donde nos encontraste? Anuncio en línea Sitio web Yelp Otro: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo

Nombre: _____

SSN: _____ - _____ - _____ Sufijo (círculá): Jr Sr III IV Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Nombre del cónyuge: _____ Número del cónyuge: (____) ____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Inicio: (____) ____ - _____ Móvil: (____) ____ - _____

*Su correo electrónico se utilizará para invitarlo a nuestro Portal del paciente.

Raza: Caucásico Afro Americano Indio americano / Nativo de Alaska Isleño del Pacífico

Asiático Otra etnia: Hispano No hispano Idioma preferido: Inglés otro:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Móvil: (____) _____ - _____

PACIENTE ESTUDIANTE / DETALLES DE EMPLEO

Estatus de estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No soy estudiante

Nombre de Escuela: _____

Situación laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Sin empleo Autónomo Servicio Militar

Nombre del empleador: _____ Trabajo: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

REFERENCIA Y MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Médico de referencia: _____ Número: (____) _____ - _____

Médico de Atención Primaria: _____ Número: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE LABORATORIO Y FARMACIA

Laboratorio: Quest Labcorp Any Lab Test Now

Otro: _____

Farmacia: CVS HEB Sam's Club Target Walgreens Walmart Otro :

Dirección: _____

número de teléfono: (_____)_____-_____

Farmacia de pedidos por correo: CVS Caremark Express Scripts Primemail Otro:

Dirección: _____

número de teléfono: (_____)_____-_____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Nombre del seguro primario: _____

Teléfono de comportamiento: (_____)_____-_____

Número de identificación de miembro: _____

Número de grupo: _____

Dirección de reclamo de seguro (atrás en la tarjeta): _____

Titular de la póliza: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: ____-____-____

Nombre del seguro secundario: _____

Teléfono de comportamiento: _____

Número de identificación de miembro: _____

Número de grupo: _____

ASIGNACIÓN DE SEGURO Y ACUERDO DE AUTO PAGO

Certifico que tengo cobertura de seguro con la compañía de seguros primaria y el segundo pagador de seguros, si corresponde, enumerados anteriormente. Asigno directamente a Texas Behavioral Health, PLLC todos los pagos del seguro, si corresponde, pagables por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de los deducibles, copagos, montos de coseguro, cargos no cubiertos y cualquier saldo no cubierto bajo una firma para todos los envíos de seguros. Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare y, si corresponde, los beneficios de Medigap, entiendo que es mi responsabilidad pagar los servicios prestados en el momento de la visita.

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El pago por los servicios prestados es responsabilidad del paciente, padre o tutor. Esta responsabilidad lo obliga a garantizar el pago total de sus tarifas. Como cortesía, verificaremos su cobertura en su nombre. *Sin embargo, usted es el responsable final del pago de su factura, independientemente de la cobertura del seguro.* Si se requieren fondos adicionales después de que se haya procesado el reclamo de seguro, se facturará al paciente cualquier saldo. Si la compañía de seguros no procesa los reclamos dentro de los 45 días a partir de la fecha del servicio, el saldo adeudado puede ser cobrado al paciente. Si surgen problemas de seguro, es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con la compañía de seguros, el plan grupal, el administrador o el representante del empleador para su resolución. La póliza de seguro de un paciente es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros. Texas Behavioral Health, PLLC y sus asociados no son partes de ese contrato y no pueden actuar como mediadores con la compañía o el

empleador. El paciente será responsable del pago completo al proveedor si se cancela la cobertura debido a la falta de pago de la prima.

Según lo exigen los mandatos del seguro, es responsabilidad del paciente obtener cualquier autorización necesaria para los tratamientos médicos. Si se requiere una referencia para el tratamiento, es responsabilidad del paciente obtener la referencia y presentarla en el momento del tratamiento. Si el paciente es tratado sin la derivación o autorización adecuada según lo requerido por la compañía de seguros, el paciente asume la responsabilidad del pago de todas las tarifas al momento del servicio.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA

AUTORIZADA: _____

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONFIDENCIAL PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Entiendo que, como cliente de los proveedores aquí en Texas Behavioral Health, PLLC, se me puede proporcionar una variedad de servicios de asesoramiento. El tipo y la extensión de los servicios que recibiré se determinarán luego de una evaluación inicial y una discusión exhaustiva conmigo. El objetivo del proceso de evaluación es determinar el mejor curso de tratamiento para mí. Por lo general, el tratamiento se brinda en el transcurso de varias semanas o meses.

Entiendo que toda la información obtenida en Texas Behavioral Health, PLLC es confidencial y no se compartirá ninguna información sin mi consentimiento. Reconozco que durante el curso de mi tratamiento, la información puede compartirse con otros proveedores de atención médica en las oficinas de Texas Behavioral Health, PLLC.

Además, entiendo que hay expectativas específicas y limitadas de esta confidencialidad que incluyen lo siguiente:

R. Cuando existe el riesgo de un peligro inminente para mí o para otra persona, el médico debe tomar las medidas necesarias para evitar dicho peligro.

B. Cuando existe la sospecha de que un niño o anciano está siendo abusado sexualmente o físicamente o está en riesgo de tal abuso, el clínico está legalmente obligado a tomar medidas para proteger al niño e informar a las autoridades correspondientes.

C. Cuando se emite una orden judicial válida para registros médicos, el médico y la agencia están obligados por ley a cumplir con tales solicitudes.

Entiendo que si bien la psicoterapia y / o la medicación pueden proporcionar beneficios significativos, también pueden presentar riesgos. La psicoterapia puede provocar pensamientos y sentimientos incómodos, o puede llevar a recordar recuerdos problemáticos. Los medicamentos pueden tener efectos secundarios indeseables. Entiendo que necesito continuar la atención médica con mi médico de atención primaria (PCP) y notificar a los proveedores de Texas Behavioral Health, PLLC.

TENGA EN CUENTA: Si cancelo mi cita dentro de las 24 horas o pierdo mi cita, se me cobrará una tarifa de \$ 50. Si tengo más de 3 cancelaciones consecutivas, recibiré una carta de rescisión del contrato. Si, en un momento posterior, si mis circunstancias cambian y puedo comprometerme con mis sesiones de tratamiento, entonces puedo volver a comenzar mi tratamiento nuevamente. Al finalizar el tratamiento, el proveedor me ayudará a encontrar otro proveedor para la continuidad de la atención. En Texas Behavioral Health, PLLC, utilizamos un plan de tratamiento integral. Esto significa que podemos consultar a sus proveedores de atención médica actuales para proporcionar un plan de tratamiento completo. A veces es necesario hacer derivaciones a otros proveedores, como tratamiento de abuso de sustancias, evaluación o evaluación de medicamentos, etc.

Si tengo alguna pregunta sobre este formulario de consentimiento o sobre los servicios ofrecidos por los proveedores de Texas Behavioral Health, PLLC y sus asociados, puedo discutirlos con mis proveedores. He leído y entendido lo de arriba. Doy mi consentimiento para participar en la evaluación y el tratamiento que me ofrece Texas Behavioral Health, PLLC y sus asociados, y entiendo que puedo detener el tratamiento en cualquier momento.

FIRMA AUTORIZADA : _____ FECHA : _____

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE : _____

CONSENTIMIENTO PARA POLÍTICAS DE OFICINA Y POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PORTAL DE PACIENTES

Por la presente doy mi consentimiento para que Texas Behavioral Health, PLLC y sus socios comerciales (como, entre otros, compañía de facturación médica, proveedor de EHR, agencia de cobranzas, proveedor de recordatorio de citas automatizado, servicio de dictado y proveedor de recetas electrónicas) usen y divulguen información de salud sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y

operaciones de atención médica. Puede solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad proporcionado por Texas Behavioral Health, PLLC, que describe dichos usos y divulgación en detalle.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Texas Behavioral Health, PLLC se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de prácticas de privacidad enviando una solicitud por escrito al oficial de privacidad al 12234 Shadow Creek Parkway STE 4104 Pearland TX, 77584. También puede recoger una copia en nuestra oficina.

Con este consentimiento, Texas Behavioral Health, PLLC puede comunicarse conmigo en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como, entre otros, recordatorios de citas, estados de cuenta, problemas de seguro y cualquier mensaje relacionado con mi atención clínica. incluidos los resultados de laboratorio, entre otros, mediante el uso de llamadas telefónicas a mi casa, teléfono móvil u otra ubicación alternativa y hablar o dejar un mensaje, mensaje de texto, correo electrónico, entrega postal y / o por el Portal del paciente. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que Texas Behavioral Health, PLLC use y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, Texas Behavioral Health , PLLC puede negarse a brindarme tratamiento. Entiendo y estoy de acuerdo con toda la información anterior a menos que se indique lo contrario por escrito.

Estoy de acuerdo y acepto los términos de todos estos documentos.

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR / RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Entiendo que el propósito de este comunicado es ayudar con mi tratamiento y mejorar la comunicación entre los proveedores o agencias de servicios profesionales y las personas importantes en mi vida. Para promover este objetivo, autorizo a Texas Behavioral Health, PLLC y sus asociados a divulgar y recibir la información especificada a continuación sobre mí / el cliente a las personas enumeradas a continuación, y recibir información de ellos. He sido informado de los riesgos para la privacidad y las limitaciones en la confidencialidad del uso de medios electrónicos de transferencia de información, y acepto estos.

Toda la información del paciente debe divulgarse con la excepción de los elementos escritos a continuación; NO se divulgarán estos elementos: esta información se divulgará a estas personas, que tienen la relación indicada conmigo / el paciente:

Nombre de la persona: _____

Relación : _____

Nombre de la persona: _____

Relación: _____

Nombre de la persona: _____

Relación: _____

Entiendo que puedo revocar esta publicación en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya aplicado. Este lanzamiento vencerá cuando me den de alta del tratamiento.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del padre / tutor: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE SALUD

HISTORIA MÉDICA Y DE CIRURGIAS:

Evento	Fecha

MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

Nombre	Dosis

ALERGIAS / INTOLERANCIAS

ESTRESORES ACTUALES Y COMENTARIOS

ADICIONALES: _____

HISTORIA FAMILIAR

Hay alguien en su familia que ha sido tratado(a) por cualquiera de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.

ENFERMEDAD:	PADRE	MADRE	TÍA	TÍO	HERMANO	HERMANA	NIÑOS	ABUELOS
ADHD / ADD								
ALZHEIMER'S								
ANSIEDAD								
BIPOLAR								
DEPRESIÓN								

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN								
ESQUIZOFRENIA								
CONVULSIONES								
DERRAME CEREBRAL								
ABUSO DE SUSTANCIAS								
INTENTO DE SUICIDIO								

SOLO PARA MUJERES:

Fecha del último período menstrual: _____

Está actualmente embarazada o cree que pudiera estarlo? Si No

Estás planeando en quedar embarazada en el futuro cercano? Sí No

(Notifique a su psiquiatría inmediatamente en caso de que quede embarazada mientras toma medicamentos psiquiátricos).

Método de control de natalidad: _____

RECONOCIMIENTO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Lea atentamente y firme para su registro médico. Se le entregará una copia a pedido.

Usaré mis medicamentos exactamente como lo indique mi proveedor.

Estoy de acuerdo en no compartir, vender o permitir que otros, incluyendo a mi familia y amigos, tengan acceso a mis medicamentos.

No permitiré ni ayudaré en el mal uso / desvío de mis medicamentos; ni se los daré o venderé a nadie más. Todos los medicamentos se obtendrán en una farmacia, cuando sea posible. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, informaré a mi proveedor. Usaré solo una farmacia y le proporcionaré a mi farmacéutico una copia de este formulario. Autorizo a mi proveedor a divulgar mis registros médicos a mi farmacéutico según sea necesario.

Entiendo que mis medicamentos se repondrán regularmente. Entiendo que mis recetas y mis medicamentos son específicos de mi plan de atención. Si se pierden o son robados, NO SERÁN REEMPLAZADOS. Las recargas no se ordenarán antes de la fecha de recarga programada. Sin embargo, se permiten recargas anticipadas cuando) estoy viajando y hago los arreglos antes de la fecha de salida prevista. De lo contrario, no esperaré recibir medicamentos adicionales antes de la fecha de mi próxima recarga programada, incluso si se agotan mis recetas.

Recibiré medicamentos solo de UN proveedor a menos que sea para una emergencia o los medicamentos que me recetan otro proveedor estén aprobados por mi proveedor. La información de que he estado recibiendo medicamentos recetados por otros proveedores que no ha sido aprobado por mi proveedor puede dar lugar a la interrupción de los medicamentos y el tratamiento.

Si a mi proveedor le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de los medicamentos, entonces mi proveedor puede probar medicamentos alternativos o puede disminuir mi consumo de todos los medicamentos. Entiendo que la interrupción de los medicamentos puede causar síntomas de abstinencia.

Acepto someterme a exámenes de orina y / o sangre para detectar el uso de - medicamentos recetados y recetados en cualquier momento y sin previo aviso. Si el resultado es positivo para sustancias ilegales, como marihuana, velocidad, cocaína, etc., este tratamiento de sustancias controladas puede finalizar.

Además, puede ser necesario consultar o derivar a un experto: como someterse a una evaluación psiquiátrica o psicológica por parte de un proveedor calificado, como un adictista o un proveedor especializado en desintoxicación y rehabilitación y / o terapia cognitiva conductual / psicoterapia.

Acepto informar a cualquier proveedor que pueda tratarme por cualquier otro problema médico que estoy tomando sustancias controladas, ya que la adición de otros medicamentos puede causarme daño.

Por la presente, doy permiso a mi proveedor para discutir todos los detalles de diagnóstico y tratamiento con mi(s) otro(s) proveedor(es) y farmacéutico(s) con respecto a mi uso de medicamentos recetados por cualquier otro proveedor(es).

Tomaré los medicamentos según las instrucciones de mi proveedor. Cualquier aumento no autorizado en la dosis de la(s) medicación(es) puede considerarse como una causa para la interrupción del tratamiento.

Asistiré a todas las citas de seguimiento según lo recomendado por mi proveedor o mi tratamiento puede interrumpirse.

Actualmente no uso drogas ilegales ni uso indebido de medicamentos recetados y no estoy en tratamiento por dependencia o abuso de sustancias. Estoy leyendo y firmando este formulario mientras poseo plenamente mis facultades y no bajo la influencia de ninguna sustancia que pueda perjudicar mi juicio.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FIRMA: _____

FECHA: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**ESTA CARA HACIA ARRIBA
CUANDO EL DOCUMENTO NO
ESTÁ EN USO**