

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## INFORMACION DEL PACIENTE

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ M \_\_ F S.S. # \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono (H) \_\_\_\_\_ (Cel) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

Mejor forma de comunicar?  Llamada Telefonica  Correo Electronico  Texto (al Cel)

Status Marital: \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Otro

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION INDIVIDUAL:

YO, \_\_\_\_\_ AUTORIZO A PSYCHIATRIC CONSULTANTS OF CENTRAL

FLORIDA (DR. POTLURI/STAFF) PARA DISCUTIR CON \_\_\_\_\_ EN

RESPECTO A:

(Favor de **INCIAL** las opciones autorizadas)

\_\_\_ CANCELACION/REPROGAMAR CITA \_\_\_ MANEJO DE MEDICAMENTOS

\_\_\_ PLAN DE TRATAMIENTO \_\_\_ FACTURACION/INFORMACION DE PAGO \_\_\_ OBTENER

INFORMACION COLATERAL/HISTORIAL

YO RECONOZCO MI RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR LOS SERVICIOS ADQUIRIDOS POR PSYCHIATRIC CONSULTANTS OF CENTRAL FLORIDA LLC EN CASO DE MI ASEGURANZA MEDICA NO HAIGA LA FACTURA CORRESPONDIENTE; YO AUTORIZO LA LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS REQUERIDOS PARA PROCESAR RECLAMACIONES POR SERVICIOS RENDIDOS, UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER UTILIZADA A REMPLAZO A LA ORIGINAL.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## HISTORIAL MEDICO

Dr. Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cual es la razon por su visita hoy? (incluye sintomas) \_\_\_\_\_

ACTUAL  PASADA HISTORIA MEDICA (favor marcar todo lo que aplique)

- ( ) Asma ( ) Cardiovascular (Ataque al Corazon, Angina) ( ) Cholesterol Alto  
( ) Hypertencion ( ) Epilepcia/Desorden de Convulciones ( ) Diabetis  
( ) Trauma Craneal ( ) HVI/SIDA ( ) Tiroides  
( ) Problemas de Higado( ) Problemas de Pancreas ( ) Enfermedades Venerias  
( ) Cirujias/Operaciones: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL PSIQUIATRICO

Has sido hospitalizado o **ADMITIDO** en un hospital psiquiatrico? \_\_\_Si \_\_\_No

Explicar:

Hospital	Motivo	Cuan Frecuente?

En el pasado a tenido tratamiento psiquiatrico (Psiquiatra individual)? \_\_\_Si \_\_\_No

Explicar:

Nombre de Psiquiatra	Motivo	Ultima Cita?

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## ALERGIAS A MEDICATIONS *(Favor de nombrar **TODA** alergias a medicamentos)*

Medicamentos	Reaccion Alergica
1.	
2.	
3.	
4.	

## HISTORIAL DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS *(Favor nombrar **TODO** medicamentos psiquiatricos)*

1.	4.
2.	5.
3.	6.

## MEDICAMENTOS ACTUALES

Medicamentos	Medicamentos
1.	7.
2.	8.
3.	9.
4.	10.
5.	11.
6.	12.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Psychiatric Consultants of Central Florida, LLC. proporciona servicios psiquiátricos diseñados para aliviar los síntomas emocionales y de comportamiento que están interfiriendo con su vida. Proporcionamos evaluaciones psiquiátricas generales desde la edad de 6 años en adelante. Brindamos servicios de administración de medicamentos y atención de seguimiento. Servicios breves de asesoramiento con respecto a riesgos de medicación, beneficios, efectos secundarios y efectos a largo plazo de medicamentos psiquiátricos. También proporcionamos instrucciones escritas y literatura cuando sea necesario. También proporcionamos referencias cuando sea necesario para ver psicólogos / consejeros de salud conductuales fuera de nuestras instalaciones para una terapia más profunda y servicios de asesoramiento.

Su tratamiento es una relación de cooperación entre usted y su proveedor, y ese esfuerzo cooperativo es necesario para resolver las dificultades, lo que incluye trabajar en el plan de tratamiento de mutuo acuerdo y mantener sus citas. También tratamos de coordinar la atención con su médico de atención primaria / médico de familia y obtener registros para proporcionar continuidad de la atención y reconciliar los medicamentos que está tomando con el médico de su familia. Le solicitamos que brinde su consentimiento para obtener registros de la oficina de su médico de familia. Su información de salud mental se mantiene confidencial y no se revelará a terceros sin su consentimiento. También obtenemos registros / registros de admisiones de su paciente ambulatorio de salud mental previa si es necesario.

**¿Tiene un poder legal ejecutado por un juez debido a que usted está mentalmente incapacitado?**

SI/NO

**¿Podemos enviarle correspondencia por correo electrónico a su hogar con respecto a su comportamiento de atención médica?**

SI/NO

**¿Podemos dejar mensajes telefónicos a su número de contacto con respecto a su comportamiento cuidado de la salud?**

SI/NO

**Consentimiento:** He leído, entendido y acepto la información anterior y doy mi consentimiento para el tratamiento en Psychiatric Consultants of Central Florida, LLC.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

**AVISO DE HIPAA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.**

*I. ES MI DEBER LEGAL PROTEGER SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI).* Por ley, debo garantizar que su PHI se mantenga privada. La PHI constituye información creada o anotada por mí que puede usarse para identificarlo. Contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de servicios de atención médica para usted o el pago de dicha atención médica. Estoy obligado a proporcionarle este Aviso sobre mis procedimientos de privacidad. Este Aviso debe explicar cuándo, por qué y cómo usaría y / o divulgaría su PHI. El uso de PHI significa cuando comparto, aplico, uso, examino o analizo información dentro de mi práctica; PHI se divulga cuando lo publico, transfiero, entrego o de otra manera lo revelo a un tercero fuera de mi consultorio. Con algunas excepciones, no puedo usar ni divulgar más de su PHI de lo que es necesario para lograr el propósito para el cual se hace el uso o divulgación; sin embargo, siempre estoy legalmente obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas

*II. CÓMO UTILIZARÉ Y DIVULGARÉ SU PHI.* Usaré y divulgaré su PHI por varias razones. Algunos de los usos o divulgaciones requerirán su autorización previa por escrito; otros, sin embargo, no lo harán. A continuación encontrará las distintas categorías de mis usos y divulgaciones, con algunos ejemplos.

*A. Los usos y las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica no requieren su consentimiento previo por escrito. No obstante, lo proporcionaré en instancias específicas, como se describe a continuación:*

- 1. Para tratamiento.* Puedo divulgar su PHI a psiquiatras, psicólogos. Ejemplo: Si un psiquiatra lo está tratando, puedo divulgar su PHI a él / ella para coordinar su atención. Le informaré de tales divulgaciones y obtendré su consentimiento por escrito.
- 2. Para operaciones de cuidado de la salud.* Puedo divulgar su PHI para facilitar el funcionamiento eficiente y correcto de mi práctica. Ejemplo: Mi secretaria prepara listas de clientes. No es necesario el consentimiento por escrito.
- 3. Para obtener pago por tratamiento.* Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcione. Ejemplo: podría enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de salud para recibir el pago de los servicios de atención médica que le he proporcionado. También podría proporcionar su PHI a socios comerciales, como mi personal de secretaría, que procesa reclamos de atención médica para mi oficina. No es necesario un consentimiento por escrito.
- 4. Otras divulgaciones.* Ejemplos: su consentimiento no es necesario si necesita tratamiento de emergencia si intento obtener su consentimiento después de que se brinda el tratamiento. En el caso de que trate de obtener su consentimiento, pero no puede comunicarse conmigo (por ejemplo, si está inconsciente o con dolor severo) pero creo que usted estaría de acuerdo con dicho tratamiento si pudiera, puedo divulgar su PHI.

*B. Ciertos otros usos y divulgaciones no requieren su consentimiento. Puedo usar y / o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:*

- 1. Cuando la divulgación sea requerida por leyes federales, estatales o locales; procedimientos judiciales, administrativos o administrativos; o, aplicación de la ley.* Ejemplo: Puedo divulgarlo a los funcionarios apropiados cuando una ley me obligue a reportar información a agencias gubernamentales, personal de aplicación de la ley y / o en un procedimiento administrativo.
- 2. Si la divulgación es obligada por una parte a un procedimiento ante un tribunal de una agencia administrativa de conformidad con su autoridad legal.*
- 3. Si la divulgación es requerida por una orden de registro emitida legalmente a una agencia gubernamental de cumplimiento*

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

de la ley. 4. Si el paciente o el representante del paciente obligan a divulgarlo de conformidad con los Códigos de salud y seguridad de Florida o con los estatutos federales correspondientes, como la Regla de privacidad que exige este Aviso. 5. Para evitar daño. Puedo proporcionar PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley o a personas capaces de prevenir o mitigar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o el público. 6. Si la revelación es obligada o permitida por el hecho de que usted se encuentra en una condición mental o emocional tal que es peligrosa para usted o la persona o propiedad de otros, y si determino que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro. 7. Si la divulgación es obligatoria por la ley de Informes de Abuso y Negligencia Infantil de Florida. Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil. 8. Si la divulgación es obligatoria por la ley de Informes de Abuso y Negligencia Infantil de Florida. Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil. 9. Si la revelación es obligada o permitida por el hecho de que usted me hable de una amenaza grave / inminente de violencia física por usted contra una víctima o víctimas razonablemente identificables. 10. Para actividades de salud pública. Ejemplo: En caso de que fallezca, si se permite o se obliga a divulgar información, es posible que deba proporcionar al forense del condado información sobre usted.

III. QUÉ DERECHOS TIENE CON RESPECTO A SU PHI Estos son sus derechos con respecto a su PHI: A. Derecho a ver y revisar. También explicaré su derecho a que se revise mi rechazo. A. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI. Tiene derecho a solicitar que limite la forma en que uso y divulgo su PHI. Si bien consideraré su solicitud, no estoy legalmente obligado a aceptarla. Si acepto su solicitud, pondré esos límites por escrito y los cumpliré, excepto en situaciones de emergencia. Usted no tiene el derecho de limitar los usos y divulgaciones que estoy legalmente requerido o permitido hacer.

IV. CÓMO QUEJARSE SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Si, en su opinión, puedo haber violado sus derechos de privacidad, o si objeta una decisión que tomé sobre el acceso a su PHI, tiene derecho a presentar una queja con la persona mencionada en la Sección VI abajo. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue S.W. Washington, D.C. 20201. Si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad, no tomaré ninguna medida de represalia

V. PERSONA A CONTACTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad, o si desea saber cómo presentar un reclamo ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor póngase en contacto conmigo en:

3391 W Vine St Suite 303, Kissimmee, FL 34741

407-962-7449/ 407-483-6516

VII. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE NOICIO Este aviso entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

He leído el **AVISO HIPPA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** con cuidado; Los entiendo y acepto cumplirlo.

---

(Firma)

---

Fecha

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## POLITICA DE LA OFICINA

### COBRO POR SERVICIOS:

Nuestra política requiere el pago de su deducible y / o coseguro en el momento del servicio. Usted es responsable de ver que tenemos una referencia actual en el archivo. Si no contamos con esta referencia en el momento de su visita, su compañía de seguros puede responsabilizarlo por todos los cargos. Si no está seguro si nuestros cuidadores son proveedores de su plan de seguro, consulte su directorio de seguros o llame a su compañía de seguros.

### MULTA DE AUSENCIA/ CANCELACIONES TARDE (ASEGURANZA COMERCIAL SOLAMENTE):

Usted es responsable de un pago de \$ 25.00 por todas las citas rotas (Ausencia) y cancelaciones hechas en menos de 24 horas antes de la cita programada. Las recargas NO se otorgarán a todas las roturas citas hasta el día de la visita de seguimiento con el médico. **NO HABRA EXCEPCIONES.** \_\_\_\_\_ INICIAL

### MULTA DE AUSENCIA/ CANCELACIONES TARDE (PACIENTED CON MEDICAID SOLAMENTE):

Si ha acumulado 2 citas perdidas injustificadas consecutivas o cancelaciones realizadas en menos de 24 horas, se producirá una TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL TRATAMIENTO. **NO HABRA EXCEPCIONES.** (Al inscribirme, entiendo y acepto cumplir con la política de la oficina y la finalización de mi tratamiento, y me responsabilizaré de buscar un nuevo proveedor para continuar mi tratamiento.) \_\_\_\_\_ INICIAL

### HONORARIOS DE ALOJAMIENTOS:

- **LAS CARTAS DE ALOJAMIENTOS ESPECIALES SOLO** se otorgarán según el cumplimiento del tratamiento y se aplicará una tarifa de **\$20** a todos los formularios. \_\_\_\_\_ INICIAL
- **FORMULARIOS DE INMIGRACIÓN \$150.00** se aplicarán a todas las formas. \_\_\_\_\_ INICIAL
- **FORMAS FMLA** se le aplicará una tarifa de \$ 25.00 a todos los formularios recibidos. \_\_\_\_\_ INICIAL
- **STD o FORMAS DE QUESTIONARIO DEL DISSABILITY \$40.00 - \$75.00** se aplicará a todos los formularios recibidos. Tenga en cuenta que el permiso de ausencia se otorgará por aprobación del Dr., solo hasta 2 meses con todas las citas mantenidas a menos que el médico lo indique lo contrario. \_\_\_\_\_ INICIAL

**RECETAS** – Recetas extraviada, perdida o robada puede ser reemplazada con la aprobación del Dr.

**SOLAMENTE, EXCEPTO** todas las prescripciones de sustancias controladas. **NO HABRA EXCEPCIONES.**

\_\_\_\_\_ INICIAL

### TERMINACION DE TRATAMIENTO

**Incumplimiento del tratamiento:** el paciente no sigue o no seguirá el plan de tratamiento y ha utilizado o abusado de los medicamentos. **AUSENCIA/CANCELACIONES TARDE-** El paciente tiene 3 o más visitas con balances pendientes **NO HABRA EXCEPCIONES. TODOS LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS DE LA SUSTANCIA ESTÁN CERCAMENTE MONITOREADOS.** \_\_\_\_\_ INICIAL

**Abuso Verbal:** el paciente o familiar es grosero, usa lenguaje inapropiado con el personal de la oficina, exhibe comportamiento violento, hace amenazas de daño físico y usa la ira para poner en peligro la seguridad y el bienestar del personal de la oficina con amenazas de acciones violentas. \_\_\_\_\_ INICIAL

**Falta de Pago:** el paciente tiene un saldo pendiente y no se ha hecho ningún esfuerzo para organizar un plan de pago. Si los servicios y el tratamiento se cancelaron debido a cualquier saldo pendiente de su cuenta debe ponerse al día para restablecer los servicios / tratamiento y se aplicará y cobrará una multa de **\$100** en su totalidad. **NO HABRA EXCEPCIONES.** \_\_\_\_\_ INICIAL

He leído y comprendido la responsabilidad financiera y las políticas de la oficina. Si mi cuenta se vuelve en mora y se envía a un tercero para que realice los cobros, acepto pagar todos los honorarios razonables de los abogados y un gasto de cobro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

# Psychiatric Consultants of Central Florida LLC.

3391 W. Vine St. Suite 303 Kissimmee, FL 34741

## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Autorizo a Psychiatric Consultants of Central Florida, LLC. Para obtener la siguiente información confidencial:

Comprehensive Psychosocial Assessment

Counseling/Psychotherapy Progress Note

Psychological Testing

Psychiatric Evaluation

Psychiatric Progress Summary

Treatment Plan an Updates

Other: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De un médico o agencia tratante anterior o actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico o la agencia: \_\_\_\_\_

Con el fin de ayudar con mi diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, entiendo que solo se puede divulgar la información especificada anteriormente. Esta publicación está protegida bajo las Regulaciones de Confidencialidad Estatales y Federales (42 CFR parte 20 y debe cumplir con la sección 33 de la Ley Pública 91-515 según enmendada por la Ley Pública 93-282). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente. Esta divulgación de información quedará sin efecto un año después de la fecha de la firma o caducará al finalizar el tratamiento. También entiendo que puedo revocar este lanzamiento de información en cualquier momento, siempre que lo notifique por escrito a tal efecto, pero dicha revocación no tiene efecto sobre las medidas tomadas anteriormente.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_