2152 S. Vineyard Ave, Bldg. 12, Suite 138, Mesa, Arizona 85210
PHONE: (480) 967-6888; FAX (480) 967-6887

PAQUETE PARA PACIENTES QUE REGRESAN

Datos Demográficos

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Edad: ____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre de la persona responsable: _____

Relación con el paciente: ☐ Propio paciente ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____

Raza: ☐ Caucásica ☐ Asiática ☐ Afroamericana ☐ Hispana ☐ Nativa Americana ☐Otra

Estado civil: ☐ Casado(a) ☐ Nunca casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Vive en pareja

Motivo de la visita de hoy:

_____

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?

_____

Califique el/los problema(s) durante el último mes (1 = menor gravedad, 10 = mayor gravedad):1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número de Seguro Social del paciente: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____Teléfono celular: _____

Nombre del empleador: _____Teléfono del empleador: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y teléfono del contacto de emergencia:

Nombre de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Calles principales cercanas: _____

Nombre y teléfono del médico de atención primaria:

Nombre y teléfono del médico que lo(a) refirió:

Información de facturación: Prefiero que envíen mi reclamación a

Seguro médico primario: _____ N.º de identificación: _____

Seguro médico secundario: _____ N.º de identificación: _____

¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ NO Si respondió sí, ¿cuál es su número de Medicare? _____

HISTORIA MÉDICA

Medicamentos actuales: Incluya medicamentos médicos y psiquiátricos, medicamentos de venta libre, tratamientos a base de hierbas y suplementos.

Medicamento	Dosis (mg)	Indicaciones	Eficacia	Efecto ssecundarios

¿Ha habido algún cambio reciente en sus medicamentos? ☐ No ☐ Sí

Explique:

_____

Medicamentos psiquiátricos anteriores

Medicamento	Duración del tratamiento	Eficacia	Efectos secundarios

¿Tiene alergias a algún medicamento? ☐ No ☐ Sí

Nombre del medicamento y reacción:

_____

Problemas médicos actuales:

_____

Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute

2152 S. Vineyard Bldg. 12, Suite 138 Mesa, Arizona 85210
Phone: (480) 967-6888; FAX (480) 967-6887

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/_____/_____

Usted entiende que el tratamiento psiquiátrico puede incluir una evaluación psiquiátrica, diagnóstico, manejo de medicamentos, psicoterapia y otros servicios de salud mental, según corresponda clínicamente.

Usted tiene derecho a rechazar los servicios en cualquier momento. Tiene derecho a hablar con su médico sobre el plan de tratamiento, incluyendo el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier medicamento o prueba que se le indique.
Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Al firmar a continuación, usted confirma que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepta voluntariamente recibir tratamiento psiquiátrico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____/_____/_____

Aviso de Prácticas de Privacidad para la Información Médica Protegida

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a ella. Le recomendamos leerlo detenidamente.

De conformidad con la ley federal conocida como la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)**, Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute ha establecido políticas y procedimientos de privacidad relacionados con la información médica protegida de nuestros pacientes. La información médica protegida es aquella relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, o con el pago de dicha atención, que pueda identificarlo personalmente. HIPAA exige que los proveedores mantengan la privacidad de la información médica protegida, proporcionen un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad, y cumplan con los términos del aviso de privacidad vigente.

Si tiene preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad o sobre la información contenida en este Aviso, o desea presentar una queja relacionada con nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con:

Arizona Psychiatry and Neuroscience Institute
2152 S. Vineyard Ave, Bldg. 12, Suite 138
Mesa, Arizona 85210
Teléfono: (480) 967-6888
Fax: (480) 967-6887

Proporcionaremos una copia de este Aviso a cualquier persona que la solicite, sea o no paciente actual. Todos los pacientes recibirán una copia al momento de su primer servicio después de la fecha de vigencia indicada anteriormente. Este Aviso estará disponible en nuestra oficina.

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y hacer que las nuevas disposiciones sean aplicables a toda la información médica protegida que mantenemos. Si realizamos cambios importantes en los usos o divulgaciones de la información médica protegida, los derechos de las personas, nuestras obligaciones legales u otras prácticas de privacidad, revisaremos este Aviso. La versión revisada estará disponible en nuestra oficina y se proporcionará a quien solicite una copia.

Sus Derechos como Paciente

Con respecto a su información médica protegida, usted (o su representante personal con autorización legal) tiene derecho a:

1. Obtener una copia de este Aviso previa solicitud.
2. Revocar sus consentimientos o autorizaciones.
3. Revisar y obtener una copia de su información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención.
4. Apelar decisiones relacionadas con la denegación de acceso a sus registros.
5. Solicitar modificaciones a sus registros médicos.
6. Apelar decisiones relacionadas con la denegación de modificaciones a sus registros.
7. Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones.
8. Solicitar comunicaciones confidenciales por medios o en lugares alternativos.
9. Obtener un registro de las divulgaciones de su información médica.
10. Presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se ha violado su privacidad conforme a HIPAA, sin temor a represalias, coerción o intimidación.

Reconocimiento de Recibo de este Aviso de Prácticas de Privacidad

Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle una copia de este Aviso y obtener un reconocimiento escrito

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

POLÍTICA DE PAGOS DEL PACIENTE

Seguro Médico: Participamos en la mayoría de los planes de seguro. Como cortesía, facturamos directamente a su compañía de seguros. Aunque podemos estimar cuánto pagará su seguro, la compañía de seguros determina su elegibilidad y cobertura final. Tenga en cuenta que usted es responsable de cualquier saldo pendiente, independientemente de si su seguro paga la reclamación. Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento de recibir los servicios. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. No cobrar los copagos y deducibles correspondientes puede considerarse fraude de seguros.

Pago Privado / Sin Seguro: El pago deberá realizarse al momento de recibir los servicios. Aceptamos pagos en efectivo, con tarjeta de débito o tarjeta de crédito.

Medicare: Debido a que aceptamos la asignación de Medicare, debemos presentar su reclamación directamente a Medicare. Si tiene únicamente Medicare, usted es responsable del 20%, que debe pagarse al momento de recibir los servicios. La ley federal exige que facturemos al paciente los deducibles y/o el coseguro del 20%. Según las normas de Medicare, no podemos condonar ni eliminar estos cargos. Si desea que facturemos a su seguro secundario, proporcione toda la información necesaria antes de su visita.

Referencias: Si tiene un plan HMO con el que estamos contratados, necesita una autorización de su médico de atención primaria. Si no la recibimos antes de su llegada, podrá comunicarse con su médico desde nuestra oficina para obtenerla. Si no puede obtenerla, su cita será reprogramada. Si mantiene la cita sin una referencia, será responsable del costo total, deberá pagarlo ese día y firmar un formulario de responsabilidad.

Compensación Laboral: Requerimos autorización por escrito de su empleador y/o compañía de compensación laboral antes de su primera visita. Si su reclamación es denegada, usted será responsable del pago total.

Falta de pago: Si su cuenta está vencida, recibirá una carta indicando que tiene 30 días para pagarla en su totalidad. Si permanece sin pagar, podemos enviarla a una agencia de cobros, con un cargo adicional del 35%. No podrá recibir servicios hasta pagar el saldo completo, y las futuras visitas deberán pagarse por adelantado.

Cheques regresados: Se aplicará un cargo de $25.00 por cualquier cheque devuelto por el banco.

Citas perdidas: Se requiere un aviso de 24 horas para cancelar o cambiar una cita, incluyendo las citas de TMS, para evitar un cargo de $25. Si una emergencia le impide asistir, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible para reprogramar. Si falta a 3 citas consecutivas, podremos dar por terminada su atención en nuestra práctica.

Llegada Tarde: Si llegará 15 minutos tarde, llame a nuestra oficina para informarnos. El médico decidirá, según su horario, si puede atenderlo.

Copias de Expedientes Médicos: Las solicitudes deben realizarse por escrito. Podemos enviar sus expedientes por correo electrónico o un fax seguro sin costo. Las copias impresas tienen un costo de $1.00 por página y el envío por correo tiene un cargo adicional de $5.00.

Nombre del paciente: _____Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA NO COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

I hereby authorize: FARIBA PFITZNER, M.D.
and:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Fax: _____

Autorización para el Intercambio de Información Confidencial

Para intercambiar información sobre los registros del paciente mencionado anteriormente según lo consideren apropiado para optimizar su atención.

Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

Para divulgar la siguiente información:

☐ Evaluación ☐ Pruebas psicológicas ☐ Registros médicos/Resumen ☐ Registros escolares ☐ Estudios de laboratorio ☐ Estudios diagnósticos ☐ Resumen del alta

☐ Otra información pertinente

Entiendo que este consentimiento puede ser retirado por mí en cualquier momento mediante notificación por escrito, excepto en el caso de información que ya haya sido divulgada conforme a este acuerdo. También entiendo que esta información no puede volver a divulgarse a un tercero sin un consentimiento específico.

Firma del paciente/ representante legal: _____
Fecha: _____