

Estimados Pacientes,

Bienvenidos a nuestra práctica. Adjuntos están varios formularios para llenar y firmar para nosotros poder acumular la información perteneciente a usted y/o su familia. También están adjuntos los documentos conteniendo la información sobre el Aviso de Privacidad de HIPAA* y Prácticas de Información Médica, una ley federal que protege los derechos de privacidad con respecto al uso y divulgación de su información confidencial respecto a su salud y tratamiento. La ley requiere que nosotros proveamos este Aviso de Privacidad de HIPAA* y Prácticas de Información Médica (adjunto) y obtener su firma confirmando que ha recibido estos documentos.

Le pedimos que llene estos formularios antes de su primera cita y que los envíe por correo electrónico a info@mailppa.com o por fax a (305) 936-1022. Si no los puede enviar con anticipación, por favor tráigalos a su primera cita.

Cada profesional en nuestra práctica ha sido elegido por su profesionalismo y características personales. Si tiene alguna duda o pregunta, por favor contáctenos.

Cordialmente,

Pediatric Psychology Associates



HISTORIA CLINICA DEL ADULTO

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono móvil _____ Del hogar _____ Del trabajo _____

Trabajo _____

Nombre de la persona que está completando este formulario (si no es el paciente): _____

Nombre y número telefónico de la persona que se debe contactar en caso de emergencia: _____

Por favor note que proporcionamos recordatorios de cortesía a través del correo electrónico.

Por favor anote su correo electrónico abajo si le gustaría recibir un recordatorio de cortesía.

Correo electrónico (Email): _____

Si usted no tiene una cuenta de correo electrónico, es posible que podamos llamarle como recordatorio de cortesía. Si es así, cuál sería el mejor número donde llamarle como recordatorio de cortesía? _____

Quien le refirió a nuestra consulta? _____

Número telefónico del lugar o persona que hizo la referencia _____

INQUIETUDES ACTUALES

Brevemente explique por qué está buscando tratamiento ahora: _____

Cómo describe su estado mental actual? (Circule todo que se aplica)

Calmo/a	Feliz	Tenso/a	Preocupado/a	Irritado/a	Inquieto/a
Nervioso/a	Asustado/a	Miedoso/a	Triste	Enojado/a	Culpabilidad
Sin motivo	Arrepentido/a	Decepcionado/a	Confuso/a	Otro _____	

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de su médico de cabecera: _____ No. telefónico _____

Fecha de su última: _____ ¿Le hicieron análisis de sangre? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

En la actualidad, ¿fuma cigarrillos? Sí ___ No ___ Si fuera que sí, anote la frecuencia _____

Hospitalizaciones, enfermedades serias y/o lesiones (ponga la[s] fecha[s] y descríbalas): _____

Por favor anote todas las medicinas que está tomando, y para cuales condiciones son/los motivos: _____

HISTORIAL DE MATRIMONIO

___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ Vive con alguien

Nombre del esposo/a/pareja importante: _____ Edad: _____

¿Es su primer matrimonio? Sí ___ No ___ N/A Años de casados/Años viviendo juntos: _____

Brevemente describa su relación con su esposo/a/pareja importante: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Hijos (si hay):

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre del padre: _____ Edad: ___ Vivo: ___ Muerto:___

Nombre de la madre: _____ Edad: ___ Viva: ___ Muerta:___

Si los padres están muertos, ¿cuántos años tenía usted cuando esto ocurrió?: _____

¿Cuántos años estuvieron casados?: _____

Si estuvieron divorciados, ¿cuántos años tenía usted cuando su padres se divorciaron?:_____

Brevemente describa su relación con sus padres: _____

Hermanos (hermanos/hermanas):

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Orden de nacimiento: _____ Salud de niñez: ___ Buena ___ Mediana ___ Delicada

Si era delicada, explique por qué:_____

Si usted nació en otro país, ¿cuántos años tenía usted cuando se mudó a los EE.UU.?_____

Historia académica: ___ Excelente ___ Mediana ___ Mala

Si era mala, explique por qué:_____

Nivel más alto de educación (grado/título)?_____

Religión principal en la cual usted fue criado/a:_____

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Psicoterapia/Asesoramiento previo? No ___ Sí ___ Si es sí, anote la(s) fecha(s) y el nombre del terapeuta/agencia:_____

¿Tratamiento psiquiátrico previo? No ___ Sí ___ Si es sí, anote la(s) fecha(s):_____

Medicina psiquiátrica que está tomando ahora o que ha tomado en el pasado? No ___ Sí___ Si es sí, anote la(s) fecha(a) y el tipo de medicina _____

¿Ha estado hospitalizado por razones de salud mental? No ___ Sí___ Si es sí, anote la(s) fecha(s) y el lugar: _____

Historia de pensamientos o amenazas de suicidio: No ___ Sí ___ Si es sí, la(s) fecha(s) _____

Gestos o intentos de suicidio: No ___ Sí ___ Si es sí, anote las fechas y explique cómo _____

Historia de abuso o asalto físico: No ___ Sí ___ Si es sí, fecha(s) _____

Historia de abuso o asalto sexual: No ___ Sí ___ Si es sí, fecha(s) _____

Historia de arresto: No ___ Sí ___ Si es sí, por favor explique _____

Historia de encarcelamiento: No ___ Sí ___ Si es sí, por favor explique _____

Historia de estar involucrado en demandas legales: No ___ Sí ___ Si es sí, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un trastorno alimenticio? No ___ Sí _____

Si es sí, por favor especifique las fechas y el tipo de tratamiento: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para el uso de alcohol y/o drogas? No ___ Yes _____

Si es sí, por favor especifique las fechas y el tipo de tratamiento: _____

¿Historia de usar alcohol o drogas? No ___ Sí _____ Si es sí, especifique la sustancia, la cantidad y,

¿cuándo fue la última vez que usted usó la sustancia? _____

¿Está usando alcohol o drogas ahora? No ___ Sí _____ Si es sí, especifique la sustancia, la

cantidad y la frecuencia de uso _____

¿Historia familiar de abuso de sustancias y/o enfermedades mentales? _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Voluntariamente acepto y consiento en recibir el tratamiento proporcionado por Pediatric Psychology Associates para mí mismo y/o un miembro de mi familia.

Firma: _____ Fecha: _____

Contrato de Responsabilidad del Paciente para el Pago

Por favor lea y ponga sus iniciales en los espacios en blanco abajo:

_____ Yo he hablado de la responsabilidad para el pago por recibir tratamiento y asumo la responsabilidad financiera para mí y/o un miembro de mi familia. Entiendo que se debe pagar en el momento de recibir los servicios a no ser que arreglos especiales hayan sido acordados. La duración de las sesiones de terapia es 1 hora para la consulta inicial y 45 minutos para las sesiones de seguimiento.

_____ El tiempo de mi cita ha sido reservado exclusivamente para mí y/o mi familia. Entiendo que se requiere que se avise con 24 horas de anticipación si no puedo cumplir con la cita programada. En caso de que no avise con 24 horas de anticipación, yo tendré la responsabilidad financiera para la cita reservada al precio por hora de terapia estándar. Para las sesiones para evaluación y las sesiones extendidas que no fueron canceladas dentro de tiempo especificado, reconozco que soy responsable por el número de horas reservadas. Nosotros podemos hacer excepciones o eliminar el honorario a nuestra discreción por circunstancias excepcionales o de emergencia. Es posible que puede haber una ocasión cuando tu terapeuta necesita cancelar su cita por una emergencia; haremos todos los esfuerzos para reprogramar su cita en una hora adecuada. Como cortesía, las dos primeras veces de no presentarse o de cancelar tarde se cobrarán a \$100.00 y todas las otras cancelaciones y faltas de presentarse se cobrarán al precio completo del tiempo/servicio reservado.

_____ Para proporcionar tratamiento eficaz, la constancia de asistir las citas programadas es importante. Nuestra póliza de oficina es que tres (3) ocasiones de no presentarse o cancelaciones tardes (con menos de 24 horas de aviso) de citas programadas puede resultar en la terminación de servicios. Si se vuelven a proporcionar servicios, se requerirá un número de tarjeta de crédito en sus archivos para poder facturarle al cancelar o no presentarse.

_____ Para ser flexible y sensible a sus necesidades, muchos de nuestros terapeutas están disponibles para sesiones por teléfono para hablar con usted cuando sea necesario. Por favor tenga en cuenta que todas las llamadas que sobrepasan diez minutos serán facturadas proporcionalmente basadas en el costo de sus sesiones.

_____ Entiendo que mi cuenta se cargará adicionalmente para otros servicios profesionales proporcionados. Este cargo se hará en incrementos de 15 minutos y siempre hablaremos con usted con anticipación acerca de los cargos adicionales. Otros servicios profesionales incluyen contacto extendido por correo electrónico, consulta con otros profesionales con su permiso, preparación de los archivos o resúmenes de tratamiento, y el tiempo gastado proporcionando cualquier otro servicio que usted pueda pedir de nosotros.

Entiendo completamente y estoy de acuerdo con las pólizas y condiciones mencionadas arriba. Este documento es un suplemento a los contratos anteriores que posiblemente he firmado. Una copia de este contrato está disponible a solicitud.

Paciente _____ Fecha _____

Firma de Paciente/Padre/Tutor _____

Aviso de Privacidad de HIPAA* y Prácticas de Información Médica

Este aviso describe como su información personal puede ser usada y divulgada, y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise este documento cuidadosamente y manténgalo en sus archivos personales.

Introducción

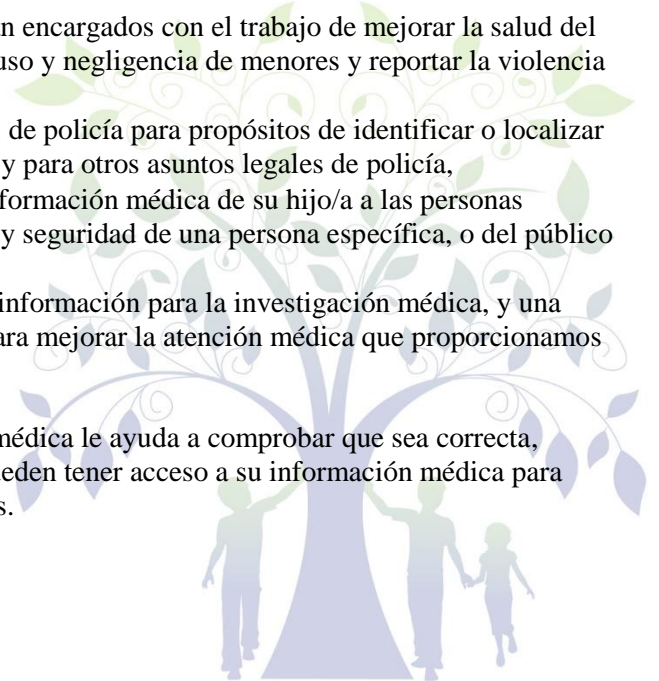
Nosotros, en Pediatric Psychology Associates, tenemos el compromiso de tratar y usar su información médica de manera responsable. Este Aviso de Prácticas de Información Médica describe la información personal que coleccionamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos dicha información. También describe sus derechos y como se relacionan con su Información Médica Protegida. Este Aviso entra en vigor el 1ro de junio del 2005, y se aplica a toda Información Médica Protegida como se define por las Reglas Federales.

Entendiendo la Información en su Archivo Médico

Cada vez que usted visita a Pediatric Psychology Associates, hacemos un informe de su visita. Típicamente, este informe contiene sus síntomas, diagnósticos, tratamientos y un plan para la atención y tratamiento en el futuro. Esta información, a menudo llamado archivo médico o de salud, sirve como:

- Base para planificar su atención y tratamiento,
- Medio de comunicación entre la variedad de profesionales médicos que participan en su atención médica,
- Documento legal que describe la atención que usted ha recibido,
- Medio para que usted o un tercer pagador (ej., compañía de seguro) pueda comprobar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados,
- Fuente de información para los oficiales de salud pública que están encargados con el trabajo de mejorar la salud del Estado y la Nación, como se requiere por la ley (ej. reportar el abuso y negligencia de menores y reportar la violencia doméstica),
- Base para divulgar la información médica de su hijo/a a un oficial de policía para propósitos de identificar o localizar a una persona, para cumplir con una orden judicial o una citación y para otros asuntos legales de policía,
- Fuente para la seguridad pública. Es posible que divulguemos la información médica de su hijo/a a las personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza seria a la salud y seguridad de una persona específica, o del público en general, y
- Herramienta para entrenar a los profesionales médicos, fuente de información para la investigación médica, y una herramienta que podemos usar para evaluar y seguir trabajando para mejorar la atención médica que proporcionamos y los resultados que logramos.

Entendiendo lo que está en su archivo y como se usa su información médica le ayuda a comprobar que sea correcta, entender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden tener acceso a su información médica para tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a terceros.



Aviso de Privacidad de HIPAA* y Prácticas de Información Médica- 2

Sus Derechos sobre su Información Médica

Aunque su archivo médico sea propiedad física de Pediatric Psychology Associates, la información que contiene le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia física (en papel) de este Aviso de Prácticas de Información Médica al solicitarla,
- Inspeccionar y copiar su archivo médico, de acuerdo con 45 CFR 164.524,
- Enmendar su archivo médico, de acuerdo con CFR 164.528,
- Obtener un informe sobre las divulgaciones de su información médica, de acuerdo con 45 CFR 164.528,
- Solicitar la transmisión de su información médica por medios alternos o lugares alternos,
- Solicitar que se ponga una restricción sobre ciertos usos y ciertas divulgaciones de su información, de acuerdo con 45 CFR 164.522, y
- Revocar su autorización para el uso y la divulgación de su información médica, salvo hasta el punto en que la organización ya haya actuado.

Nuestras Responsabilidades

Se requiere que Pediatric Psychology Associates:

- Mantenga la privacidad de su información médica,
- Le proporcione una copia de este Aviso en cuanto a sus deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a la información que coleccionamos y mantenemos acerca de usted,
- Cumpla con los términos de este Aviso,
- Avise a usted si no podemos aceptar una restricción solicitada, y
- Acomode a las solicitudes razonables que usted puede tener para transmitir la información médica por medios alternos o a lugares alternos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y poner nuevas provisiones en vigor para toda la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le enviaremos un aviso revisado, cuando los cambios afectan su información médica, a la dirección que usted ha proporcionado a nosotros, o si está de acuerdo, le enviaremos el aviso revisado por correo electrónico.

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, salvo lo descrito en este Aviso. También discontinuaremos usando o divulgando su información médica después que hemos recibido su revocación de autoridad por escrito, de acuerdo con los procedimientos incluidos en la Autorización.

Para Mayor Información o para Reportar un Problema

Si tiene preguntas o quisiera información adicional, puede llamar a Pediatric Psychology Associates al (305) 936-1002. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, debe dirigir sus quejas a Pediatric Psychology Associates. Si usted no está satisfecho con la manera en la cual esta oficina ha manejado su queja, usted puede enviar una queja formal a: Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201. No habrá represalias de parte de Pediatric Psychology Associates o de la Oficina de Derechos Civiles por haber hecho la queja.

Reconocimiento de haber recibido el Aviso de Privacidad de HIPAA* y el Consentimiento de Pacientes Nuevos para el Uso y la Divulgación de Información de Salud para Tratamiento, Pago, u Operaciones de Atención Médica

Yo, _____ (nombre del paciente adulto, o padre o tutor del menor), entiendo como parte de la atención médica personal o de mi familia, Pediatric Psychology Associates produce y mantiene archivos electrónicos y de papel que describen la historia de mi salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos, y los planes para atención médica o tratamiento en el futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para planificar mi atención médica y tratamiento,
- Medio de comunicación entre la variedad de profesiones médicas que contribuyen a mi atención médica,
- Fuente de información para incluir la información de mi diagnóstico y tratamiento en mi factura,
- Medio para que un tercer pagador (ej. el seguro) pueda comprobar que los servicios facturados fueron proporcionados, y
- Herramienta para asesorar la calidad y repasar la aptitud de los profesionales de atención médica.

Me han entregado una copia del Aviso de la Política de Privacidad de Pediatric Psychology Associates' detallando como mi información puede ser usada y divulgada bajo las leyes Federales y Estatales. Entiendo el contenido del Aviso. Además, permite que se use una copia de este Reconocimiento en lugar del original y solicito que le pago de beneficios del seguro médico sea dirigido a mi o a la parte que acepta las asignaciones. Reglas relacionadas con la asignación médica de beneficios aplican. Entiendo y me han proporcionado el Aviso de Prácticas de Información Médica que tiene una descripción más completa del uso y la divulgación de información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de repasar el Aviso antes de firmar este Consentimiento,
- El derecho de oponer al uso mi información médica para propósitos del directorio, y
- El derecho de solicitar restricciones relacionadas con la manera que mi información médica puede ser usada o divulgada para proporcionar las actividades de tratamiento, pago o atención médica.

Entiendo que puedo revocar este Consentimiento al solicitarlo por escrito, salvo hasta el punto del cuando la organización ya haya actuado basado en el mismo. Entiendo que al rehusar firmar este Consentimiento o al revocar este Consentimiento, Pediatric Psychology Associates puede negarse a darme tratamiento, como se permite en sección 164.506 del Código de Reglas Federales. Entiendo que Pediatric Psychology Associates reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas antes de implementarlos, de acuerdo con sección 164.520 del Código de Reglas Federales. En caso de que Pediatric Psychology Associates cambie las prácticas, el mismo enviará una copia de cualquier aviso modificado a la dirección que he proporcionado por correo de los EE.UU., o por correo electrónico, si yo estoy de acuerdo.

Entiendo que como parte del funcionamiento de tratamiento, pago y atención médica de Pediatric Psychology Associates, puede que sea necesario divulgar su protegida información médica a otra entidad (ej., seguro, emergencia, etc.), y yo consiento en tal divulgación para dichos usos permitidos, incluyendo divulgaciones por fax y correo electrónico-mail con divulgaciones a las partes adecuadas. Entiendo completamente y acepto los términos de este Consentimiento y reconozco de haber recibido el Aviso de Privacidad.

Nombre del Paciente (en letras de molde): _____ Fecha _____

Firma del Paciente, Padre/Madre o Tutor : _____

Si se rehusó, motivo por rehusarse: _____ Restricciones anotadas: _____

Información Relacionada con la Presentación de Demandas a Compañías de Seguros

(Solo complete este formulario si usted planifica que PPA presente la demanda a su compañía de seguros-por favor lea cuidadosamente)

Nombre del Paciente: _____

Ponga sus iniciales en cada espacio abajo:

_____ Entiendo que Pediatric Psychology Associates está ofreciendo como cortesía presentar las demandas a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios en el momento cuando se proporcionan. Entiendo que la asignación de beneficios se hará al asegurado y que Pediatric Psychology Associates no acepta pagos que vienen directamente de compañías de seguros. El asegurado/parte responsable es responsable de obtener cualquier autorización/certificación antes de recibir los servicios, así como hacer el seguimiento para demandas pendientes, incluyendo la presentación de demandas nuevamente.

_____ Entiendo que Pediatric Psychology Associates no presenta demandas para servicios de evaluación o para terapia en grupos. Proporcionaremos una factura detallada una vez que los servicios de evaluación o terapia en grupos haya sido provehidos y el pago recibido. Debido a la metodología multidisciplinaria utilizada en las sesiones de grupos, quizás sea un servicio no cubierto. Le aconsejamos que se comunique directamente con su compañía de seguros para obtener una explicación detallada de sus beneficios y procedimientos para presentar demandas relacionadas con la terapia en grupo o evaluaciones, incluyendo cualquier autorización requerida antes de realizar la evaluación.

_____ Entiendo que Pediatric Psychology Associates no mantiene una relación contratada con ninguna compañía de seguros. Cualquier disputa acerca del procesamiento de demandas para servicios es la responsabilidad del asegurado.

_____ Por favor acepte una fotocopia de esta autorización como si fuera una autorización original ejecutada. Autorizo la liberación de cualquier pago e información médica necesaria para procesar mi demanda o la demanda del miembro de mi familia y las demandas relacionadas.

_____ Las pólizas de seguro a menudo cambian la cobertura especialmente durante la renovación anual. Tengo la responsabilidad de informar a Pediatric Psychology Associates de cualquier cambio en mi póliza, si tengo una nueva compañía aseguradora, o si no tengo ningún tipo de seguro. Han habido ocasiones cuando la falta de informar a nuestra oficina ha resultado la carencia de un pago de la compañía de seguros al asegurado.

Entiendo completamente y estoy de acuerdo con las pólizas y condiciones mencionadas arriba. Este documento es un suplemento a los contratos anteriores que posiblemente he firmado. Una copia de este contrato está disponible a solicitud.

Firma de Paciente/Padres/Tutor _____

Nombre en letras de imprenta: _____ Fecha _____