

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](mailto: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**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Hogar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que está llenando este formulario (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Nombre y información de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

***INQUIETUDES ACTUALES***

Brevemente explique por qué está buscando tratamiento ahora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- |                                       |                                     |   |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calmo/a      | <input type="checkbox"/> Inquieto/a | <input type="checkbox"/> Enojado/a      | <input type="checkbox"/> Confuso/a  |
| <input type="checkbox"/> Feliz        | <input type="checkbox"/> Nervioso/a | <input type="checkbox"/> Culpabilidad   | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Tenso/a      | <input type="checkbox"/> Asustado/a | <input type="checkbox"/> Sin motivo     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Preocupado/a | <input type="checkbox"/> Miedoso/a  | <input type="checkbox"/> Arrepentido/a  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Irritado/a   | <input type="checkbox"/> Triste     | <input type="checkbox"/> Decepcionado/a |                                     |

***HISTORIAL MÉDICO***

Nombre de su médico de primario: \_\_\_\_\_ No. telefónico \_\_\_\_\_

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_ ¿Le hicieron análisis de sangre?  Sí  No

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

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

Hospitalizaciones, enfermedades serias y/o lesiones (incluya 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: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Es su primer matrimonio?  Sí  No  No Aplicable Años de casados/viviendo juntos: \_\_\_\_\_

Brevemente describa su relación con su esposo/a/pareja: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR**

Nombre de **Hijo/a**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de **su Padre**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Vivo  Muerto

Nombre de **su Madre**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Viva  Muerta

Nombre de **Hermano/a**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de **Hermano/a**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de **Hermano/a**: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

¿Cuántos años estuvieron casados sus padres?: \_\_\_\_\_ Si estuvieron divorciados, ¿cuántos años tenía

usted cuando esto ocurrió?: \_\_\_\_\_ Brevemente describa su relación con sus padres: \_\_\_\_\_

**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**

Tratamiento/asesoramiento de psicoterapia:  Sí  No Si es sí, anote la(s) fecha(s) y el nombre del terapeuta/agencia: \_\_\_\_\_

Tratamiento psiquiátrico previo:  Sí  No Si es sí, anote la(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

¿Está tomando ahora o ha tomado en el pasado medicina psiquiátrica?  Sí  No Si es sí, anote la(s) fecha(a) y el tipo de medicina: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado/a por razones de salud mental?  Sí  No Si es sí, anote la(s) fecha(s) y el lugar: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Historia de arresto:  Sí  No Si es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Historia de encarcelamiento:  Sí  No Si es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Ha estado involucrado en alguna demanda legal?  Sí  No Por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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?  Sí  No

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

¿Historia de usar alcohol o drogas?  Sí  No 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?  Sí  No Si es sí, especifique la sustancia, la cantidad y la frecuencia de uso: \_\_\_\_\_

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

*Por favor note que enviamos recordatorios de cortesía a través de correo electrónico y texto. Siendo servicio de cortesía, el paciente es responsable por la cita, aunque no haya recibido el recordatorio. Si gusta recibir recordatorios, por favor escriba su correo electrónico y/o su número de celular:*

Correo electrónico (email): \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a nuestra consulta? \_\_\_\_\_

Número telefónico del lugar o persona que hizo la referencia \_\_\_\_\_

¿Nos da permiso para contactar y agradecer a la persona/organización responsable por su referido?  Si  No

Si es sí, indique el nombre y teléfono o correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Además de ser referido por una agencia/persona específica, ¿recibió o vio alguna promoción o el contenido de las redes sociales que se enumeran a continuación sobre nuestra práctica?  Google  Flyer  Email

Facebook  Instagram  Twitter  Other, please specify: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Voluntariamente otorgo mi autorización y consiento en permitir el tratamiento por Pediatric Psychology Associates para mí mismo y/o para los miembros de la familia.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Su Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación con el menor** \_\_\_\_\_

### **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, la primera vez de no presentarse o de cancelar tarde se cobrará \$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 \_\_\_\_\_

### **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 \_\_\_\_\_

## **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**

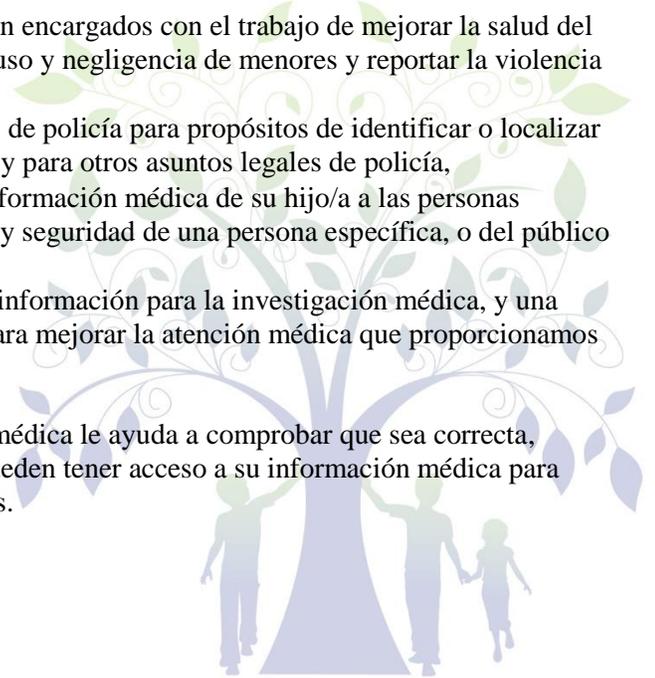
Nosotros, en Pediatric Psychology Associates, tenemos el compromiso de tratar y usar su información médica de manera responsable. Este Aviso de Prácticas de Información Médica describe la información personal que coleccionamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos dicha información. También describe sus 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 reparar 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: \_\_\_\_\_

### ***Polizas y Procedimientos de Teleterapias***

Pediatric Psychology Associates prove servicios de teleterapia a individuos y familias para complementar las sesiones en la oficina, así como a las personas que pueden tener conflictos de transporte o programación de cita en la oficina. Este documento se le ha proporcionado para describir nuestros procedimientos para servicios de teleterapia, en caso de que usted o su familia decidan utilizar los servicios. Instrucciones están incluidas de cómo conectarse con su terapeuta para sus sesiones de teleterapia, e información importante acerca de las polizas de Pediatric Psychology Associates sobre servicios de telesalud. Por favor, lea completamente este documento y guárdelo para sus registros.

1. Pediatric Psychology Associates utiliza Doxy.me ([www.Doxy.me](http://www.Doxy.me)) para sus sesiones de teleterapia. El programa es accesible a través de un navegador web en su computadora o una aplicación gratuita de descarga en teléfonos móviles. Doxy.me es compatible con HIPAA y es fácil de usar. Al programar su cita de teleterapia, se le dará la dirección web de "sala de espera" para su terapeuta. Esta será la dirección que usará cada vez que tenga una sesión de teleterapia. Puede acceder a la sala de espera en cualquier momento y su terapeuta podrá ver que se ha conectado. En el momento de su cita, su terapeuta iniciará la sesión de teleterapia. Tenga en cuenta que su computadora o dispositivo móvil necesitará conexión de internet, una cámara web y un micrófono.
2. En el caso de una desconexión, debe intentar volver a conectar con la sala de espera de Doxy.me de su terapeuta. Si la reconexión no es posible, llame a la oficina al 305-936-1002 y su terapeuta continuará su sesión por teléfono o puede optar por reprogramar la cita.
3. La conveniencia de las sesiones de teleterapia, junto con la tendencia a la multi-tarea comunicacion a través de tecnología tiende a conducir ver las sesiones de teleterapia de manera diferente a una visita en la oficina (por ejemplo, tratar de hacer su sesión "en movimiento" o haciendo otras cosas). Ver una sesión de teleterapia de esta manera con frecuencia conduce a distracciones, interrupciones durante la sesión, pérdida de privacidad y una reducción general en la eficacia del tratamiento. Es muy importante que usted trate su sesión de teleterapia igual que a una visita de oficina. Eso significa que usted tendrá que estar en un lugar tranquilo, privado que está libre de distracciones e interrupciones. Si en el momento de su sesión su terapeuta descubre que no está en un lugar adecuado para la cita, él/ella puede optar por no continuar con la sesión, momento en el cual usted sería responsable del pago de la sesión como si fuera sesión Perdida por ausencia.
4. Su terapeuta no está autorizado a realizar teleterapia a través de cualquier medio que no sea Doxy.me (es decir, Skype, FaceTime, etc.) ya que estos no cumplen con la criteria requerida para el cumplimiento de HIPAA.
5. Debido a que usted no está físicamente en la oficina para remitir el pago, los arreglos para el pago de sesiones de teleterapia deben hacerse antes de la sesión.

Si tiene preguntas sobre nuestras polizas y procedimientos de teleterapia, no dude contactar a su terapeuta o en llamar a la oficina al 305-936-1002.

### *Acuerdo de Servicios de Telesalud y Consentimiento Informado*

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre de paciente o guardian)  
consiento a participar en los servicios de telesalud con *Pediatric Psychology Associates* (PPA).

Los *servicios de telesalud* se definen como comunicación entre usted y nuestra práctica vía teléfono, correo electrónico, mensaje de texto, videoconferencia, o cualquier otro medio remoto que utiliza transmisión electrónica. Esto incluye lo que se define como "teleterapia" (intervención psicoterapéutica realizada remotamente vía videoconferencia o teléfono), así como el uso de la tecnología para fines administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas con respecto a la programación de citas). Entiendo que telesalud permite que mi terapeuta pueda diagnosticar, consultar, dar tratamiento, educar, transferir datos médicos y utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos con respecto a mi tratamiento. Este formulario de consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativas). He leído y entiendo la siguiente información importante con respecto a los servicios de telesalud:

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para la psicoterapia en persona, así como se indica en el formulario de consentimiento informado de PPA,
2. Entiendo que aunque se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los clientes sea efectivo y esto incluya servicios de telesalud.
3. Entiendo que los servicios de telesalud corren el riesgo de un fracaso tecnológico que podría causar distorsión o interrupción total.
4. Entiendo que si mi terapeuta cree que los servicios de tratamiento de telesalud (por ejemplo, psicoterapia vía videoconferencia) no son una intervención apropiada, él/ella hará una referencia apropiada para los servicios que juzguen más apropiados para mis circunstancias. Esto puede incluir una recomendación para tratamiento en persona.
5. Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otra manera tendría derecho.
6. Entiendo que PPA usa métodos compatibles con HIPAA para los servicios de telesalud. Sin embargo, entiendo que ningún uso de la tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz que elija mantener es mi responsabilidad y no la responsabilidad de PPA.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Firma de de Paciente o Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION MEDICA O SICOLOGICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, el/la suscrita, autorizo a Pediatric Psychology Associates a enviar o recibir informacion sobre el/la paciente nombrado arriba. Doy autorizacion para compartir o enviar informacion en el historial medico mio o de mi familiar, a las agencias o individuales nombradas en la lista de abajo. Autorizo a compartir la informacion privada verbalmente, por escrito, y/o electronicamente. Entiendo que el proposito de compartir esta informacion puede incluir: tratamiento, informacion clinica, consulta, proteccion a mi o otras personas, coordinacion de intervenciones, educacional, facturacion o colleccion por servicios.

**Marque las opciones que aplican:**

Autorizo a PPA para que:  comparta informacion y  recibir informacion de:

Nombre/Agencia	Informacion de contacto (direccion, numero de telefono o fax, correo electronico, etc.)

**Autorizo a PPA para que: (Marque una opcion)**

- Comparta cualquier o toda informacion medica  
 Compartir informacion especifica como indicada aqui: \_\_\_\_\_

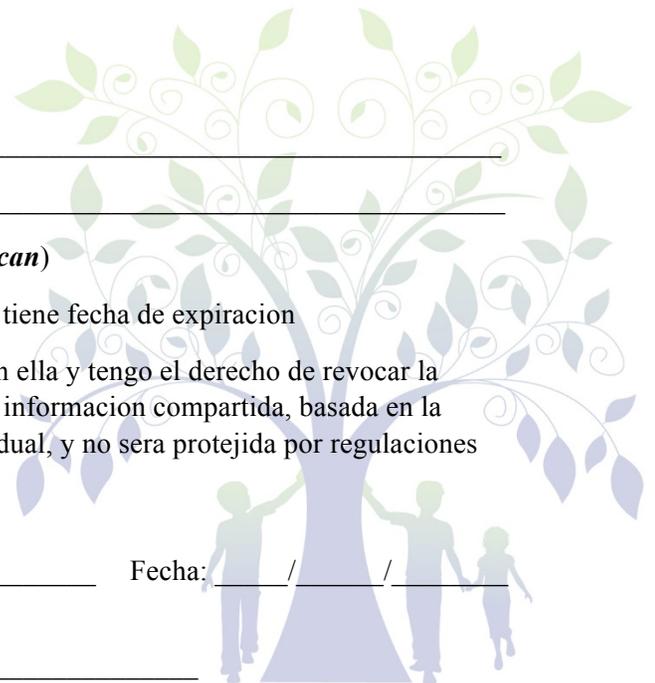
**Esta autorizacion se expira: (Marque las opciones que aplican)**

- Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Fin de tratamiento  No tiene fecha de expiracion

Al firmar esta forma estoy en conocimiento de lo explicado en ella y tengo el derecho de revocar la autorizacion en cualquier momento. Tambien entiendo que la informacion compartida, basada en la autorizacion, puede ser compartida por esa agencia y/o individual, y no sera protegida por regulaciones federales de privacidad de informacion.

Firma del Paciente o Persona Autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_



## *Autorizacion para Pagos con Tarjeta de Credito*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

*Por favor cobrar mi tarjeta de credito para: (seleccione una opcion)*

\_\_\_\_\_ Pago de una vez de \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pagos para todas citas o para balance sobre pasando 30 dias

Tipo de tarjeta de credito:    Visa    MasterCard    AMEX

Nombre del titular de tarjeta de credito: \_\_\_\_\_

Numero de tarjeta de credito: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de expiracion: \_\_\_\_\_    Codiga CVV: \_\_\_\_\_    3-digitos de seguridad en la parte de atras  
(AMEX 4 digitos adelante)

Datos relacionados con la tarjeta de credito:

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_    Estado: \_\_\_\_\_    Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electronico para recibos: \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

