info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

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

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

FORMULARIO DE INGRESO/ HISTORIA PARA ADULTOS

Nombre_____ Apellido_____Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento:_____ Lugar de Nacimiento:_____

Sexo Biologico al Nacer: Masculino_____ Femenino_____ ¿Pronombres preferidos?_____

Identidad de Genero Actual: Masculino_____ Femenino_____ No- Binario_____Prefiero no decir _____

Otro genero no enlistado _____

Direccion _____

Ciudad_____Estado_____ Codigo Postal_____

Celular: _____Telefono de casa: _____ Trabajo: _____

Correo electronico: _____

Ocupacion:_____

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

Nombre de contacto de emergencia y relaion: _____

Numero celular de contacto de emergencia: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Describa brevemente por que busca tratamiento en este momento: _____

_____

_____

_____

¿Como describiria su estado mental actual? Marque todas las que correspondan

☐ Calmado	☐ Irritado	☐ Temeroso	☐ Desmotivado	☐ Otro:
☐ Feliz	☐ Inquieto	☐ Triste	☐ Arrepentido	_____
☐ Tensionado	☐ Nervioso	☐ Enojado	☐ Decepcionado	
☐ Preocupado	☐ Asustado	☐ Lleno de culpa	☐ Confundido	

HISTORIA MEDICA

Nombre de medico primario: _____ Telefono #_____

Fecha del ultimo chequeo medico:_____ ¿Se realizo analisis sanguineo?_____

¿Cuales fueron los resultados?_____

¿Actualmente fuma cigarrillos? Yes ☐ No ☐ Si es sí, con que frecuencia _____

Hospitalizacions, enfermedades o lesiones severas (Fecha(s) y describa):_____

_____

Porfavor enliste cualquier medicamente que este tomando y por que condicion/razon: _____

_____

HISTORIA MARITAL

☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Viviendo con alguien

Nombre de pareja: _____ Edad:_____

¿Este es su primer matrimonio?: Si ☐ No ☐ N/A☐ Años de matrimonio/ cohabitando:_____

Brevemente describa su relacion con su pareja::_____

_____

HISTORIA FAMILIAR

Hijos (si alguno):

Nombre: _____ Edad:_____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad:_____

Nombre: _____ Edad:_____

Nombre de su Padre: _____ Edad: _____ Vivo _____ Fallecido_____

Nombre de su Madre: _____ Edad: _____ Viva _____ Fallecida_____

Si el/los padres han fallecido, ¿cuántos años tenía usted cuando esto ocurrió? _____

Años de casados de los padres: _____ Si estan divorciados, ¿cuántos años tenía usted cuando esto ocurrió? _____

Brevemente describa su relacion con sus padres:_____

_____

Nombre de su hermano (a): _____Edad: _____

Nombre de su hermano (a): _____Edad: _____

Nombre de su hermano (a): _____Edad: _____

HISTORIA DE DESARROLLO

Orden de Nacimiento: _____ Salud en la infancia: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Si mala, elabore:_____

Hasta donde usted sabe, ¿sus hitos de desarrollo estuvieron dentro de los límites típicos o estuvieron retrasados/avanzados (caminar/hablar/aprender a ir al baño, etc.)? _____

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

Historia Academica: ☐ Excelente ☐ Promedio ☐ Mala Si Mala, elabore:_____

_____

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

Religion primaria durante su crecimiento_____

HISTORIA DE SALUD MENTAL

¿Psicoterapia/consejería previa? No.☐ Si ☐ En caso afirmativo, indique las fechas y el nombre del terapeuta o agencia utilizada:_____

¿Tratamiento psiquiatrico previo? No ☐ Si☐ En caso afirmativo, indique las fechas_____

¿Medicación psiquiátrica tomada actualmente o en el pasado? ☐ No ☐Si En caso afirmativo, indique las fechas y el tipo de medicamento tomado_____

¿Ha sido hospitalizado por razones de salud mental? ☐ No ☐Si En caso afirmativo, indique las fechas y el lugar: _____

Historia de amenazas o pensamientos suicidas: ☐No ☐ Si. En caso afirmativo, indique las fechas_____

Gestos o intentos Suicidas. ☐No ☐Si En caso afirmativo, indique las fechas y elabore:_____

_____

Historia de abuso o agresion fisica: No ☐ Si ☐ En caso afirmativo, indique las fechas_____

Historia de abuso o agresion sexual: No☐ Si ☐ En caso afirmativo, indique las fechas_____

History de arrestos: ☐ No ☐ Si En caso afirmativo, elabore: _____

History of encarcelamiento: ☐ No ☐ Si En caso afirmativo, elabore: _____

Historia de participación en demandas: ☐ No ☐ Si En caso afirmativo, elabore:_____

_____

¿Ha recibido tratamiento para algun desorden alimenticio? No☐ Si ☐ En caso afirmativo, indique las fechas y el tipo de tratamiento _____

¿Ha recibido tratamiento para abuso de alcohol o de sustancias? No ☐ Si.☐ En caso afirmativo, indique las fechas y el tipo de tratamiento _____

Historia de uso de alcohol o drogas: ☐ No ☐ Si. En caso afirmativo, especifique el tipo de sustancia, cantidad y cuando fue la ultima vez que la utilizo._____

¿Actualmente consume alcohol o drogas? No ☐ Si ☐ En caso afirmativo, especifique el tipo de sustancia, cantidad y frecuencia de uso._____

Historia familiar de abuso de sustancias y/o enfermedad mental: ☐ No ☐ Si. En caso afirmativo, elabore:

_____

¿Alguna vez ha experimentado algún evento traumático (por ejemplo, muerte de un pariente cercano o amigo, accidente, etc.)? En caso afirmativo, describa_____

_____

¿Existe alguna circunstancia pasada o presente que crea que podría estar relacionada con sus dificultades actuales? _____

_____

Enumere sus intereses y pasatiempos_____

_____

Por favor ponga algún otro comentario que nos ayude a entenderle mejor._____

_____

¿Cuáles son sus objetivos/expectativas del tratamiento?_____

_____

_____

_____

Tenga en cuenta que <u>no confirmamos citas</u>, aunque generalmente proporcionamos recordatorios de cortesía por correo electrónico y mensaje de texto. Incluso en el caso de que no reciba un recordatorio de cortesía, usted sigue siendo responsable de su cita. Por favor, indique a continuación su correo electrónico y el mejor número de contacto celular si desea recibir un recordatorio de cortesía.

Correo electrónico (email): _____

Numero de celular:_____

¿Quién le refirió a nuestra consulta?_____

Número telefónico del lugar o persona que hizo la referencia_____

¿Nos daría su consentimiento para contactar y agradecer a la personal o organización responsable por su referido? ☐ Si ☐ No Si es así, indique el nombre y número de teléfono o correo electrónico:

_____

Firma _____

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 paciente**_____

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Responsabilidad y Acuerdo de Pago

Nombre del Pacient:_____

En Pediatric Psychology Associates, nuestra misión es brindar atención excepcional y satisfacer las necesidades de nuestros clientes. Para apoyar la continuidad de la atención y proporcionar claridad sobre nuestras políticas financieras y de programación, le pedimos amablemente que revise las siguientes pautas:

Responsabilidad Financiera:

- El pago es requerido al momento del servicio, a menos que se hayan realizado arreglos previos.
- La responsabilidad del pago de los servicios psicológicos proporcionados por PPA recae exclusivamente en el paciente (o cuidador/tutor si el paciente es menor de edad).
- Los pacientes son responsables de su tiempo de cita programado, independientemente de si se envió o no un recordatorio de la cita por correo electrónico o mensaje de texto como cortesía.
- Sesiones de Consulta/Tratamiento: Las sesiones estándar de consulta y tratamiento tienen una duración de 45 minutos. Las sesiones extendidas (60 minutos) y dobles (90 minutos) están disponibles y se facturan a una tarifa prorrateada basada en el costo de la sesión estándar de 45 minutos.
- Servicios de Evaluación/Pruebas: Las tarifas y estructuras de pago para evaluaciones varían según el servicio específico proporcionado. Por favor, consulte las Políticas de Depósito y Cancelación para Servicios de Evaluación/Pruebas a continuación.
- Cargos Adicionales:
    - Los cargos por servicios profesionales adicionales, como comunicaciones telefónicas o por correo electrónico extendidas (más de 10 minutos), consultas con otros profesionales (con su consentimiento), preparación de registros, solicitudes de cartas escritas, resúmenes de tratamiento y otros servicios solicitados fuera de las sesiones estándar, se facturarán en incrementos de 15 minutos a una tarifa prorrateada basada en el costo de la sesión estándar de 45 minutos.
    - Los servicios proporcionados fuera de la oficina, incluyendo visitas al hogar/escuela o reuniones de equipo, pueden incurrir en tarifas de viaje, las cuales se discutirán previamente con el paciente.
    - Si se requieren servicios profesionales para asuntos legales (por ejemplo, declaraciones, testimonios, consultas con abogados o la elaboración de formularios que requieran opiniones profesionales), se aplicarán tarifas y políticas legales/forenses. Estos detalles se discutirán con el paciente en el momento de la consulta/solicitud de servicios.

Política de Cancelación para Servicios de Consulta/Tratamiento

- **Requisito de aviso de 24 horas**: En caso de que sea necesario cancelar una cita programada, se requiere un aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación. Las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso se considerarán **Cancelaciones Tardías/Inasistencias.**
- **Pacientes Nuevos:** Los nuevos pacientes que no proporcionen un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar o que no asistan a su cita inicial deberán enviar todos los documentos de historia, consentimientos y un formulario de autorización de tarjeta de crédito, y realizar el pago por adelantado, antes de poder reprogramar su cita..

- **Cancelaciones Tardías/ Inasistencias:**
    - Por la primera inasistencia o cancelación tardía, se considerara una tarifa de $100.
    - Todas las inasistencias o cancelaciones tardías posteriores se cobrarán al costo completo de la sesión. Para sesiones extendidas (60-90 minutos) y citas de evaluación, se facturará el tiempo reservado.
    - Las cancelaciones tardías/inasistencias debido a enfermedad requieren una nota del médico dentro de las 72 horas para eximir los cargos. Los cargos se aplicarán pero serán revertidos al recibir la nota.
    - Si un paciente se enferma el día de una cita en la oficina, solicitamos que se nos notifique lo antes posible. Para garantizar la continuidad de la atención y evitar tarifas por sesiones perdidas, se ofrecerá a los pacientes la opción de convertir la cita en persona en una sesión de telemedicina con el paciente y/o cuidador.
    - Las emergencias que pueden eximir las tarifas incluyen hospitalización crítica de un miembro de la familia, crisis familiares (por ejemplo, un fallecimiento), desastres naturales o accidentes que impidan la asistencia o la cancelación oportuna. Es posible que se requiera documentación, y cada caso será revisado individualmente.
- **Cancelaciones excesivas/ Inasistencias & Citas Recurrentes:**
    - Después de tres (3) inasistencias o cancelaciones tardías, los servicios de terapia pueden ser terminados. Si los servicios se reanudan, se requerirá que una tarjeta de crédito se mantenga archivada y se cobre en el momento en que se programe la cita. Cualquier cancelación futura deberá realizarse con más de 48 horas de anticipación para evitar la terminación de los servicios.
    - Si cancela frecuentemente una cita recurrente (reservada regularmente), incluso con aviso anticipado, es posible que debamos liberar su lugar. La asistencia regular es importante para garantizar un funcionamiento fluido de la programación y permitir que otras familias utilicen los horarios disponibles.

Procedimiento de cancelacion de la oficina:

- Para cancelar una cita, los pacientes deben comunicarse con la **oficina mediante mensaje de texto o llamada al (305) 936-1002 o por correo electrónico a appointments@mailppa.com.** Si llama fuera del horario de atención o no puede comunicarse con nuestro equipo de recepción, deje un mensaje de voz detallado. Aunque nuestro sistema telefónico rastrea todas las llamadas entrantes y puede verificar el número, proporcionar un mensaje claro es esencial para garantizar que se notifique rápidamente a su terapeuta y se puedan tomar los pasos necesarios para reprogramar o realizar el seguimiento de la atención.
- Aunque puede optar por enviar un correo electrónico o mensaje de texto directamente a su proveedor, a menudo están en sesiones y es posible que no respondan de inmediato. Por lo tanto, es crucial cancelar directamente con la oficina, especialmente si el aviso se da con menos de 24 horas de anticipación.
- Tenga en cuenta que nuestros recordatorios automáticos de citas por correo electrónico no aceptan respuestas.

Políticas de Depósito y Cancelación para Servicios de Evaluación/Pruebas

Los servicios de evaluación requieren que nuestros clínicos asignen múltiples horas y, a veces, coordinen horarios con otros miembros de nuestro equipo. Dada la complejidad de la programación y el nivel de compromiso de nuestro equipo clínico, hemos establecido las siguientes políticas de depósito y cancelación. Estas políticas apoyan una programación fluida y disponibilidad para todos los pacientes, y aseguran que nuestros pacientes reciban el máximo beneficio de nuestros servicios.

- **Deposito:**
    - Para servicios de evaluación/pruebas que se completen en una sesión, se cobrará un depósito del 50% del costo total de la evaluación al momento de programar la cita de pruebas. Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: (inteligencia, ADOS, MDDC, ingreso escolar, así

como cualquier evaluación que se complete en una sola sesión). Este depósito se aplicará al saldo total adeudado al momento de recibir los servicios.
    - Si se solicitan múltiples sesiones de pruebas para ser reservadas por adelantado antes de la consulta inicial, se cobrará un depósito del 50% del costo total de la evaluación al momento de programar las citas.
- **Cancelaciones:**
    - Para evaluaciones que requieren un deposito de 50% del monto total (evaluaciones de un solo dia o programacion adelantada):
        - Cancelaciones con más de 72 horas (3 días hábiles) de anticipación: Las citas de evaluación canceladas con más de 72 horas de aviso (3 días hábiles) serán elegibles para un reembolso completo del depósito.
        - Cancelaciones con menos de 72 horas (3 días hábiles) pero más de 24 horas de anticipación: Para las citas de evaluación canceladas con más de 24 horas pero menos de 72 horas (3 días hábiles) de aviso, el depósito no será reembolsable, pero podrá aplicarse a una cita reprogramada en el futuro.
        - Cancelaciones con menos de 24 horas de aviso o inasistencias**:** Si la cita de evaluación programada se cancela con menos de 24 horas de aviso o se pierde sin aviso, el depósito no será reembolsado. Las excepciones incluirán únicamente casos de emergencias o circunstancias excepcionales documentadas, como enfermedades respaldadas por una nota del médico. En ausencia de tales circunstancias, el depósito se perderá, y se requerirá un depósito adicional del 50% para reprogramar la(s) cita(s) perdida(s).
    - Para las citas de pruebas canceladas con menos de 24 horas de aviso, que hayan tenido una consulta inicial y se completen en varias sesiones, se facturará el tiempo reservado (a la tarifa de consulta) para cualquier cita programada que sea cancelada con menos de 24 horas de aviso.
- **Cancelaciones Excesivas/ Inasistencias:**
    - Después de tres (3) cancelaciones tardías/inasistencias o cancelaciones (independientemente del motivo de la cancelación), los servicios de pruebas pueden ser terminados. Si los servicios se reanudan, se requerirá que una tarjeta de crédito se mantenga archivada y se cobre en el momento en que se reprograme la cita.

Agradecemos su comprensión y cooperación. Estas políticas nos ayudan a brindar la mejor atención posible a usted y a todos nuestros clientes. Si tiene alguna pregunta o necesita más aclaraciones, no dude en comunicarse con nuestra oficina.

Firma del Paciente/ Padres/Tutor: _____

Nombre del Firmante:_____ Fecha:_____

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA - Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025

Pediatric Psychology Associates (PPA) se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Este aviso describe sus derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y explica cómo podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Por favor, revise este documento detenidamente.

Como Podemos usar y divulger su informacion:

- P**ara Tratamiento:** Podemos compartir su PHI con otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado para garantizar que reciba el mejor tratamiento posible.
- **Para Pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para procesar pagos por servicios, como presentar reclamaciones a compañías de seguros.
- **Para Educación en Atención Médica:** Su PHI puede ser utilizada para actividades de mejora de calidad y otros propósitos operativos dentro de Pediatric Psychology Associates.
- **Divulgaciones Requeridas:** Estamos obligados a divulgar su PHI en ciertas circunstancias, como reportar abuso, negligencia o peligro inminente a las autoridades correspondientes. También estamos obligados a divulgar su PHI si es solicitado por las fuerzas del orden o por una orden/subpoena judicial.
- **Divulgaciones Autorizadas:** No compartiremos su PHI con otros miembros de la familia, amigos u otras terceras partes sin su consentimiento por escrito, excepto en situaciones permitidas o requeridas por la ley.

Sus Derechos y Responsabilidades - Como Paciente/Padre/Tutor, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades con respecto a su PHI:

- **Acceso al Aviso de HIPAA:** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel o electrónica de este aviso, previa solicitud.
- **Acceso a los Registros Médicos:** Tiene derecho a acceder y obtener una copia de sus registros de salud. Puede solicitar modificaciones a su información de salud si cree que es inexacta o está incompleta.
- **Comunicaciones:** Puede solicitar recibir comunicaciones sobre su PHI.
- **Restricciones:** Puede solicitar que restrinjamos ciertos usos y divulgaciones de su PHI. Aunque consideraremos su solicitud, no estamos obligados a aceptar todas las restricciones.
- **Precisión de la Información:** Debe asegurarse de que la información que proporcione sobre su historial de salud sea completa y precisa. Notifíquenos sobre cualquier cambio en su dirección, número de teléfono u otros datos de contacto. Tenga en cuenta que fomentamos una comunicación abierta sobre la necesidad potencial de compartir información con contactos de emergencia designados en situaciones críticas.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA - Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025 – Pagina 2

PPA se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas y de establecer nuevas disposiciones que serán efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le notificaremos, siempre y cuando esos cambios afecten su información de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre sus derechos de privacidad, por favor contáctenos:

Pediatric Psychology Associates - 305-936-1002 o info@mailppa.com
Direccion Postal: 2925 Aventura Blvd, Suite 300, Aventura, FL 33180

Reconocimiento de Recepcion

Reconozco que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA proporcionado por PPA (y que puedo obtener una copia cuando lo solicite).

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente, Padre o Tutor:_____ Fecha:_____

Si se negó, razón de la negativa:_____

Restricciones anotadas:_____

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Políticas y Procedimientos de Telemedicina

Pediatric Psychology Associates (PPA) proporciona Servicios de Telemedicina cuando es apropiado. Este documento contiene procedimientos para esos servicios junto con información importante sobre las Políticas de Telemedicina de PPA. ***Por favor, lea este documento completamente y guárdelo para sus registros.***

1. **Plataforma:** PPA utiliza RingCentral (una plataforma compatible con HIPAA) para sus sesiones de telemedicina. RingCentral es accesible a través de un navegador web en su computadora y/o mediante una aplicación gratuita. Se le proporcionará un enlace para conectarse a su sesión de telemedicina con anticipación.

2. **Desconexiones:** En caso de una desconexión durante su sesión de telemedicina, intente reconectarse. Si no es posible reconectarse, llame a la oficina al 305-936-1002. Su terapeuta puede optar por continuar la sesión por teléfono o reprogramarla.

3. **Etiqueta y Ubicación de las Sesiones de Telemedicina:** La conveniencia de las sesiones de telemedicina, junto con nuestra tendencia a realizar múltiples tareas mientras usamos tecnología, a menudo lleva a los pacientes a percibir estas sesiones de manera diferente a una visita en la oficina (por ejemplo, intentar realizar la sesión "sobre la marcha" o mientras hacen otras cosas). Abordar una sesión de telemedicina 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 trate su sesión de telemedicina igual que una visita en la oficina**. Esto significa que deberá estar en un lugar tranquilo y privado, libre de distracciones e interrupciones. Debe cerrar todas las demás aplicaciones y poner sus dispositivos en modo silencioso o "no molestar" para que pueda concentrarse al 100% en su sesión. También debe estar sentado en posición vertical en un asiento (en lugar de estar acostado en una cama o en un sofá, caminando, etc.). **Si en el momento de su sesión su terapeuta determina que no se encuentra en un lugar adecuado para la cita, él/ella puede optar por no continuar con la sesión, en cuyo caso se tratará como una inasistencia o cancelación tardía.**

4. Los pacientes aceptan abstenerse de grabar, fotografiar, reproducir, publicar o de cualquier otra forma mantener copias de las sesiones.

5. Dado que no está físicamente en una oficina para realizar el pago, los arreglos para el pago de las sesiones de telemedicina se realizarán antes de la sesión.

6. Si está recibiendo Servicios de Telemedicina, es esencial que tengamos un plan para emergencias. Se requiere que proporcione la siguiente información junto con su consentimiento para contactar y comunicarse con estas personas, incluyendo compartir información de atención médica si se considera necesario:
   a. Nombre e información de contacto de una persona de emergencia que pueda ayudar en caso de una crisis.
   b. Nombre y número de teléfono de la sala de emergencias más cercana a su ubicación.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras Políticas y Procedimientos de Telemedicina, no dude en discutirlas con su terapeuta.

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Acuerdo de Servicios de Telemedicina y Consentimiento Informado

Yo, _____ (nombre del Paciente/Tutor), por la presente doy mi consentimiento para participar en los Servicios de Telemedicina con Pediatric Psychology Associates (PPA).

Los servicios de telemedicina se definen como la comunicación entre usted y nuestra organización a través de teléfono, correo electrónico, mensajes de texto, videoconferencias o cualquier otro medio remoto que utilice tecnología de transmisión electrónica. Esto incluye lo que se define como "teleterapia" (intervención psicoterapéutica realizada de forma remota mediante videoconferencias o llamadas telefónicas), así como el uso de tecnología para propósitos administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas para programar citas). Entiendo que la Telemedicina permite a mi terapeuta diagnosticar, consultar, tratar, transferir datos médicos y educar utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos relacionada con mi tratamiento. Este Formulario de Consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativa).

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telemedicina bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica en la psicoterapia presencial, tal como se describe en el Formulario de Consentimiento Informado de PPA.

2. Entiendo que, si bien se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo para tratar una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todos los tratamientos para todos los clientes sean efectivos, y esto incluye los Servicios de Telemedicina.

3. Entiendo que los Servicios de Telemedicina conllevan el riesgo de fallos tecnológicos que podrían causar distorsión o interrupción completa.

4. Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otro modo tendría derecho.

5. Entiendo que PPA utiliza métodos compatibles con HIPAA para los Servicios de Telemedicina. Sin embargo, ningún uso de tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o mensaje de voz que elija conservar es mi responsabilidad y no la responsabilidad de PPA.

6. Doy mi consentimiento para que mi proveedor se comunique con mi contacto de emergencia o con los servicios de emergencia locales si surge una situación que requiera intervención inmediata. Esto puede incluir compartir información médica privada si se considera necesario.

Persona para Contacto de Emergencia	**Local Emergency Services**
Nombre:	Hospital mas cercano:
Relacion con el Paciente:	Numero telefonico:
Numero telefonico:	

Reconozco que he leído y entiendo esta información importante sobre los Servicios de Telemedicina.

_____ _____ _____

Nombre del Paciente/ Tutor Firma del Paciente/ Tutor Fecha

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Información Sobre la Presentación de Reclamaciones de Seguro

(Solo complete este formulario si planea que PPA presente las reclamaciones a su compañía de seguros. Por favor, lea cuidadosamente).

Nombre del Paciente: _____

Iniciales en Cada Punto A Continuación:

_____ Entiendo que Pediatric Psychology Associates (PPA) ofrece como cortesía enviar reclamaciones por servicios a mi compañía de seguros desde el momento en que proporciono mi información de seguro en adelante. Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios al momento de recibirlos. Entiendo que los beneficios asignados serán hechos al titular de la póliza y que PPA no acepta pagos directamente de las compañías de seguros. El titular de la póliza o la parte responsable es responsable de obtener cualquier autorización o certificación requerida antes de los servicios, así como de realizar el seguimiento de cualquier reclamación pendiente, incluidas las reenvíos. Entiendo que PPA no presentará reclamaciones de seguros por servicios realizados antes de proporcionar a PPA mi información de seguro.

_____ Entiendo que PPA no presenta reclamaciones por servicios de pruebas o terapia grupal. Proporcionaremos una factura detallada una vez que los servicios de pruebas o grupales hayan sido completados y el pago recibido. Debido a la metodología multidisciplinaria utilizada en las sesiones grupales, puede que no sea un servicio cubierto. Se recomienda que contacte directamente a su compañía de seguros para obtener una explicación detallada de sus beneficios y procedimientos para presentar reclamaciones relacionadas con terapia grupal o pruebas, incluyendo cualquier autorización requerida antes de las pruebas.

_____ Entiendo que los servicios de telemedicina y servicios fuera de la oficina (visitas escolares, etc.) pueden no estar cubiertos por las compañías de seguros. Se recomienda verificar con su compañía de seguros sobre este servicio.

_____ Entiendo que PPA no mantiene una relación contractual con ninguna compañía de seguros. Cualquier disputa relacionada con el procesamiento de reclamaciones por servicios es responsabilidad del titular de la póliza.

_____ Acepto que se utilice una fotocopia de esta autorización como si fuera una autorización original ejecutada. Autorizo la liberación de cualquier información de pago y médica necesaria para procesar mi reclamación de seguro o la de mi familiar y reclamaciones relacionadas.

_____ Las pólizas de seguro suelen cambiar su cobertura, especialmente durante la renovación anual. Soy responsable de informar a PPA sobre cualquier cambio en mi póliza, si tengo una nueva compañía de seguros o si ya no tengo seguro. Ha habido casos en los que la falta de información a nuestra oficina ha resultado en la falta de pago por parte de la compañía de seguros.

Entiendo y acepto completamente las políticas y condiciones anteriores. Este documento complementa acuerdos previos que haya firmado. Una copia de este acuerdo está disponible bajo solicitud.

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Nombre Completo: _____ **Fecha:** _____

info@mailppa.com
www.SouthFloridaTherapists.com
(305) 936-1002 (305) 936-1022
South Florida & New York Tri-State Area
Telepsychology Across PSYPACT States

Ley Sin Sorpresas – Estimado de Costos de Buena Fe

Nombre del Paciente(s): _____

El propósito de este documento es hacerle saber que PPA es un proveedor fuera de la red con todos los planes de seguro. Si prefiere usar su seguro médico, le recomendamos que contacte a su compañía de seguros para que le brinden una lista de proveedores en su red. PPA no acepta asignación del seguro, lo que significa que no cobramos tarifas de las compañías aseguradoras, se cobran directamente a la parte responsable. Si decide presentar a su compañía de seguros los servicios que recibe de parte de PPA, puede que algunos o todos los servicios no estén en cobertura

.

Con respecto a un estimado de las tarifas a pagar por los servicios psicológicos brindados, esto dependerá de la severidad, duración y diagnóstico del individuo. La duración del tratamiento es variable y depende de numerosos factores incluyendo el tiempo que las dificultades han estado presentes. Nuestras tarifas actuales en PPA a partir del 01/01/2023, para Psicoterapia Individual/Familiar tarifa por sesión de 45 minutos ($210 nivel de Maestría y $375 nivel de Doctorado) y psicoterapia de grupo a $90 la sesión. Las tarifas también están reflejadas en nuestro sitio web en www.SouthFloridaTherapists.com. Si las tarifas cambian será notificado con anticipación. Pueden existir servicios o elementos adicionales recomendados como parte del tratamiento que serán programados por separado y no están reflejados en este estimado de buena fe. La información brindada en este estimado de buena fe es solamente un aproximado y los elementos, servicios o cargos reales pueden diferir de este estimado de buena fe. Sin embargo, usted y los miembros de su familia son libres de descontinuar el tratamiento en cualquier momento. Puede cancelar las sesiones con aviso de 24 horas para evitar un cargo.

Si tiene alguna pregunta u objeción a cualquier cargo, favor hacer saber a la oficina inmediatamente. Si algún costo inesperado se presenta, la Ley Federal le permite disputar la factura. Puede iniciar un proceso de reclamación de disputas con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS). Si decide usar el proceso de resolución de disputas, puede iniciar el proceso de disputa en los primeros 120 días calendario (aproximadamente 4 meses) desde la fecha de la factura original. Puede existir un pequeño cargo por el uso del proceso de disputas. Si la agencia revisando su disputa está de acuerdo con usted, deberá de pagar el precio establecido en este Estimado de Buena Fe. Si la agencia no esta de acuerdo con usted y esta de acuerdo con el proveedor de salud o instalación, usted deberá de pagar el monto mas alto. Para aprender mas y obtener un formato para iniciar el proceso, puede acudir a www.cms.gov/nosurprises o llame al 800-985 3059.

Al firmar, cedo mi protección federal de consumidor y acepto pagar mas por cuidado fuera de mi red. Esto no es un contrato y no está obligado a obtener servicios de PPA. Sin embargo, si este documento no es firmado, PPA no podrá proveer servicios y/o continuar cuidos terapéuticos hacia usted y/o los miembros de su familia. Si tiene alguna pregunta adicional, por favor diríjalas a su proveedor.

Yo comprendo y acepto lo anterior:_____(firma)
Nombre del paciente/parte responsable:_____Fecha:_____.