

Identificación: Para la protección de nuestros pacientes , y para reducir el robo de identidad médica , se requiere que todos los pacientes deben presentar una tarjeta de identificación de seguro válido y / o licencia de conducir en el momento del servicio. Si la licencia de conducir no está disponible , una foto válida debe ser presentada .

Citas Perdidas: Habrá un cargo de \$75.00 por cualquier cita perdida a menos que la cita fue cancelada o cambio de fecha al menos de 24 horas de anticipación. **Todavía se considera una cita perdida, si usted no recibió una llamada de cortesía.** Si usted no paga esta tarifa de \$75.00 , no podemos escribir recetas, cumplir con las solicitudes de transferencias de registro, copias de los registros , o cualquier otra solicitud hasta que se haya pagado esta tarifa. Si ha perdido tres (3) citas , **usted estará sometido a ser dado de alta.** Cualquier saldo debe ser pagado antes de cualquier servicio.

Citas Tardes: Si un paciente llega 7 minutos tarde a una cita para la administración de medicación , el paciente debe cambiar su fecha de cita . Si un paciente llega 15 minutos tarde para su **primera** cita de administración de medicación, el paciente debe de cambiar su fecha de cita. Si un paciente llega 30 minutos tarde a una cita con un terapeuta , el paciente debe cambiar su fecha de cita.

Seguro: Las evaluaciones iniciales incluyen pruebas de droga en el orine de \$5.00 o prueba bucal de \$10.00. ** CEH no factura estos servicios a su seguro médico**

Receta de medicamentos: Por favor permita 48 a 72 horas para completar su solicitud de prescripción. Si le han recetado medicamentos , se le proporcionará una prescripción inicial y recambios para durar hasta su próxima cita. **Es la responsabilidad** de los pacientes de hacer una cita antes de que se termine su medicamento para asegurar un suministro para continuar el medicamento. Peticiones de una receta de medicamentos serán negados si el paciente no puede mantener la cita. Recetas de medicamentos durante el fin de semana no serán proporcionadas.

Discapacidad: Hay un cargo de \$ 95.00 para realizar su primer trámite.. Este cargo debe de ser pagado en avanza, y puede tomar hasta 7-10 días para completar .

Registros Médicos: En Cuotas de registros médicos, habrá un cargo mínimo de \$10. Pedimos su comprensión para hacer atendidos en orden conforme a su llegada. Este cargo debe ser pagado antes de recibir sus registros médicos. Todas las solicitudes de registros médicos serán sujetos a ser negados por la directora de la oficina . Por favor, contacte al departamento de registros médicos si tiene alguna duda o una pregunta.

Mensajes: Los mensajes serán devueltos en el orden como fueron recibidos, sin embargo, si se trata de una emergencia , llame al 911 .

Pacientes menores de 17 años deben estar acompañados por un padre o guardián legal en todas las citas de entrega de medicamentos y otros servicios de tratamientos.

Nombre del paciente / Firma del paciente (o Padre/ Guardián legal)

Fecha

Notificación de La Garantía de Cumplimiento

Todos los profesionales de salud y personal de la oficina se someten continuamente a capacitaciones para que puedan comprender y cumplir con las reglas y regulaciones del gobierno con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) , con especial énfasis en la "Regla de Privacidad." Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de la ética y la integridad en los servicios de formación previa para nuestros pacientes. Es nuestra política de determinar adecuadamente los usos de Información de Salud Personal (PHI) de conformidad con HIPAA . Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los pacientes, y proporcionar con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI . Queremos asegurarnos de que nuestra práctica no contribuirá de ninguna manera al creciente problema de la divulgación indebida de PHI. Como parte de este plan , se ha implementado un programa de cumplimiento que le ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de PHI . Cualquier pregunta relacionada con esta política pueden ser dirigidas al director de la Oficina Regional. Al firmar a continuación , usted reconoce que ha leído y tenido conocimiento de este aviso de nuestras prácticas de privacidad.

Nombre del paciente

Fecha

X _____
Firma del paciente (o del Padre / Guardian legal)

Fecha

Marcando esta casilla , autorizo que dejen mensajes de voz y / o enviar correos electrónicos al respecto de detalles de futuras citas.

Autorización para el pago de servicios

Yo autorizo y solicito que los beneficios de mi seguro serán para pagar directamente al Centro de Salud Emocional. Esta autorización cubrirá todo el tratamiento y los servicios dados hasta que se reciba una notificación escrita de la cancelación.

X _____
Firma del Paciente (o Padre/ Guardian Legal)

Fecha

Exención del Seguro

Entiendo que las cantidades pagadas por mi seguro médico al Centro para la Salud Emocional de servicios dados pueden cambiar de vez en cuando. Cualquier cantidad de pago solicitados en el check in / check out o ajustes de seguros que aparecen en sus resúmenes y declaraciones son sólo estimaciones . Como tal , al recibir la contabilidad final y el pago de mi seguro médico, un pago adicional puede ser necesaria para liquidar mi cuenta con Centro de Salud Emocional .

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina si mi cobertura de seguro cambia en cualquier momento . Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo y / o cargos no cubiertos / pagados por mi compañía de seguro no remunerado .

X _____

Firma del Paciente (o Padre/ Guardian Legal)

Fecha



CENTER FOR EMOTIONAL HEALTH

Información del Paciente

¿Cómo se enteró de nosotros? Familia. Amigo. Internet. Otra.

Nombre del Paciente (Apellido): _____ (Nombre): _____ (MI)

Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Edad: _____ Seguro Social #: _____ Sexo: M o F

Estado Civil: _____ Teléfono: (casa) _____ Móvil: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia (Nombre Completo): _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Lista de Síntomas Actuales

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deprimido | <input type="checkbox"/> Pensamiento Acelerado | <input type="checkbox"/> Ataques de Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de disfrutar actividades | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño | <input type="checkbox"/> Ganas de llorar | <input type="checkbox"/> Cambios de Apetito |
| <input type="checkbox"/> Exceso de Energía | <input type="checkbox"/> Culpabilidad Excesiva | <input type="checkbox"/> Sentirse sospechoso |
| <input type="checkbox"/> Evitar | <input type="checkbox"/> Pérdida de Interés | <input type="checkbox"/> Disminución de Libido |
| <input type="checkbox"/> Olvido / Concentración | <input type="checkbox"/> Preocupación Excesiva | |
| <input type="checkbox"/> Aumento de/en Comportamientos de Riesgo | <input type="checkbox"/> Aumento de Libido | |



CENTER FOR EMOTIONAL HEALTH

Historia Psiquiátrica de Familia

Alguien de su familia ha sido diagnosticado con / o ha estado en tratamiento para ?

Desorden Bipolar

Abuso de Alcohol

Enojo

Suicidio

Violencia

Esquizofrenia

Depresión

Ansiedad

Abuso de Otras Sustancias

Estrés Postraumático

Historia Psiquiátrica

El paciente a recibido tratamiento en otra clínica o hospital? No Si (por favor explique a continuación)

Razon de su Tratamiento

Fechas

Nombre de hospital/clinica o particular

Abuso de Substancias

¿Alguna vez ha sido tratado por problemas de alcohol o el uso de drogas / abuso? ____ si ____ no
¿Cuántos días a la semana bebe? _____
¿Alguna vez has sentido que debe reducir su consumo de alcohol o drogas? ____ si ____ no
¿Cree que es posible que tenga un problema con el alcohol o el consumo de drogas? _ si _ no

Historia Educativa

¿Asiste a una universidad? ____ si ____ no Si es así, ¿dónde? _____
¿Cuál es su nivel más alto de educación? _____

Preguntas Generales

Nombre de doctor primario: _____
Nombre de farmacia local: _____ Numero de telefono: _____
Especialista que usted a visto (que no sea CEH): _____ Numero de telefono: _____
Terapeuta / Consejero: _____
Alergias a los medicamentos: _____
Otras alergias (comida, abejas, jabón, etc.): _____
Medicamentos actuales (incluyendo medicina sin receta): _____
Hierbas, vitaminas, suplementos: _____
Correo electronico personal: _____

Información del Seguro (Enseñe su tarjeta a la recepcionista)

** Sólo facturamos seguro primario. No se aceptará ningún seguro secundario. **

Seguro primario: _____
Persona responsable del pago: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento (persona responsable del pago): _____
Seguro Social: _____
Usted tiene medicare? si no

Por favor tenga en cuenta que CEH no acepta Medicare como seguro primario o secundario. Si en cualquier momento su seguro médico cambia para Medicare, le debe de informar a el departamento de facturación de CEH inmediatamente. Pacientes que no informan al departamento de facturación puede incurrir un balance, y/o serán sujetos a ser dados de alta de la clínica.

Por favor firme a continuación reconociendo que no tiene medicare y que va a informar a CEH si tiene un cambio con su seguro médico.

X _____
Firma del paciente (o Padre/ Guardian Legal)

Fecha

¿Por qué debo de proporcionarte una muestra de orina?

Para su seguridad, esta oficina está cumpliendo con las directrices federales sugeridas. Muchos médicos creen que las pruebas de drogas permite a la clínica asegurar el más alto nivel de seguridad de los pacientes. Este programa de monitoreo de drogas decreta esta oficina a:

- Entender los niveles reales de los medicamentos presentes en un paciente
- Identificar droga peligrosa a la reactividad cruzada de drogas
- Vigilar el cumplimiento de los planes de tratamiento
- Ayudar a los médicos, el personal y los pacientes que estén seguros

¿Con qué frecuencia tengo que hacer esto?

Esta oficina cumplira con los lineamientos federales que requieren los médicos para limitar la desviación de drogas al paciente. Los pacientes están sujetos a pruebas de drogas al azar.

¿Cómo fui elegido?

Dado que este programa de monitoreo de drogas se aplica a los pacientes nuevos y existentes, esta oficina recogerá muestras de todos los pacientes inicialmente, así como realizar colecciones al azar para todos los pacientes que se prescriben controlados.

¿Quién va a ver los resultados?

Nuestro personal de oficina y personal de laboratorio están autorizados a ver los resultados de laboratorio.

¿Puedo tener una copia de mis resultados?

Los resultados pueden ser proporcionados por una tarifa.

¿Qué va a pasar si los resultados de laboratorio son negativos?

Lo que los resultados muestran y medidas adoptadas por los resultados, son decisiones del médico.

****Es política de la CEH que no podemos recetar medicamentos a los pacientes que no logran una prueba de drogas o que tienen antecedentes de abuso de sustancias. Pero si es posible de ayudar en medicamentos alternativos para el tratamiento de los pacientes.****

Doy mi consentimiento para las pruebas de drogas

No consiento a pruebas de drogas. Al marcar esta opción, no voy a recibir medicamentos controlados.

He aceptado este formulario y estoy de acuerdo con la política de la CEH arriba.

X _____

Nombre del Paciente (o Padre/ Guardián Legal) Fecha

X _____

Firma del paciente (o Padre/ Guardián Legal) Fecha

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Si usted es o ha sido un paciente de servicios de salud mental, usted tiene el derecho de:

- Acceso a los servicios que sean apropiadas a su discapacidad, la cultura, el idioma, el sexo y la edad
 - Ser tratado con respeto y con la debida consideración de su dignidad y privacidad
 - Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera apropiada para su condición y capacidad de entender.
 - Participar en las decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
 - Estar libre de cualquier forma de represión, restricción o reclusión utilizada como medio de disciplina, conveniencia o represalia
 - Solicitar y recibir una copia de su historia clínica
 - Un plan de tratamiento individualizado para asegurar el cuidado y la coordinación de la atención de calidad
 - Acceso a tratamiento de atención médica de dolencias físicas
- Reconozco la información anterior y mis derechos y responsabilidades del paciente. Se proporcionara una copia del proyecto de ley de los derechos del paciente y el manual del consumidor de salud mental del departamento de Carolina del Norte de la Salud y Servicios Humanos para mí.

X _____
Nombre del paciente (o padre/ guardián legal)

Fecha

X _____
Firma del paciente

Fecha