



## **Actualización Anual de Información del Paciente y Políticas**

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género:  M /  F

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

- Autorizo a este contacto a programar o cancelar citas en mi nombre.
- NO autorizo a este contacto a programar o cancelar citas en mi nombre.

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o del parentesco)

X \_\_\_\_\_

Fecha

### **INFORMACIÓN DEL SEGURO - (Por favor, proporcione una copia actualizada de la tarjeta de seguro)**

Proveedor de seguros: \_\_\_\_\_ Medicaid:  Sí  No

Número de identificación del suscriptor/miembro/beneficiario: \_\_\_\_\_

(Medicaid - WellCare, HealthyBlue, and Carolina Complete - Por favor, proporcione el número de identificación del beneficiario y cualquier otro número de identificación que figure en la tarjeta de seguro)

Número de grupo (No aplica a Medicaid): \_\_\_\_\_

Número de servicio del proveedor (No aplica a Medicaid): \_\_\_\_\_

Número de teléfono de servicio al cliente (No aplica a Medicaid): \_\_\_\_\_



### **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS ACTUALES:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido              | <input type="checkbox"/> Culpa excesiva                         |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para disfrutar actividades | <input type="checkbox"/> Comportamiento de riesgo aumentado     |
| <input type="checkbox"/> Alteración del patrón de sueño         | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva                  |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés                     | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados                |
| <input type="checkbox"/> Olvidos / dificultad de concentración  | <input type="checkbox"/> Energía excesiva                       |
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol            | <input type="checkbox"/> Impulsividad                           |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias                    | <input type="checkbox"/> Aumento del deseo sexual               |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                                 | <input type="checkbox"/> Disminución del deseo sexual           |
| <input type="checkbox"/> Cambio en el apetito                   | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad                    |
| <input type="checkbox"/> Paranoia                               | <input type="checkbox"/> Llanto frecuente / episodios de llanto |

Otra: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Medicamentos:**

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras alergias (alimentos, abejas, jabones, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (incluyendo los de venta libre): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hierbas, vitaminas y/o suplementos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **INFORMACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

Nombre de la farmacia local: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Especialista consultado (aparte de CEH): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Consultorio del especialista: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Consultorio del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Terapeuta / Consejero actual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Consultorio de terapia: \_\_\_\_\_

Autorizo y doy mi consentimiento para que CEH intercambie/divulgue mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo(a) con los proveedores mencionados arriba.

NO autorizo ni doy mi consentimiento para que CEH intercambie/divulgue mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo(a) con los proveedores mencionados arriba.

X \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o del parente/tutor legal)

X \_\_\_\_\_

Fecha



## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

### **Para adultos:**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para lo siguiente:  
(Nombre del paciente)

- Terapia ambulatoria
- Manejo de medicación
- Pruebas de drogas
- Atención médica considerada necesaria por el personal médico de CEH
- Intervención médica de emergencia en mi nombre

X\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

X\_\_\_\_\_  
Fecha

X\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

X\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### **Para menores:**

Yo, \_\_\_\_\_, Padre/Tutor de \_\_\_\_\_,  
(Nombre del Padre/Tutor) (Nombre del paciente)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Terapia ambulatoria
- Manejo de medicación
- Pruebas de drogas - NO realizamos pruebas de drogas a menores a menos que sea específicamente requerido, y únicamente con el consentimiento previo del padre o tutor legal.
- Atención médica considerada necesaria por el personal médico de CEH
- Intervención médica de emergencia en mi nombre

X\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

X\_\_\_\_\_  
Fecha

X\_\_\_\_\_  
Firma del parente/tutor legal

X\_\_\_\_\_  
Fecha



**Por favor, lea cada declaración detenidamente y con atención.  
Al colocar sus iniciales, usted indica que está consciente y comprende plenamente cada  
declaración de la política.**

**Identificación** - Para proteger a nuestros pacientes y prevenir el robo de identidad médica, todos los pacientes deben presentar:

- Una tarjeta de seguro válida, Y
- Una licencia de conducir válida o una identificación con foto al momento del servicio.

También puede enviar estos documentos por correo electrónico a: [newpatients@cehcharlotte.com](mailto:newpatients@cehcharlotte.com)

**Citas Perdidas** - A partir del 1 de agosto de 2025, se requiere un aviso mínimo de 48 horas para cancelar o reprogramar una cita y evitar cargos.

- Cargo por inasistencia a cita de Terapia: \$110.00
- Cargo por inasistencia a cita de Manejo de Medicación: \$85.00

Los cargos aplican independientemente de si recibió una llamada de recordatorio. CEH no programa citas sin su conocimiento.

Si incurre en un cargo:

- Se retendrán los reabastecimientos de recetas.
- Las transferencias de expedientes y otros servicios se retrasarán hasta que el cargo sea pagado.
- Los saldos deben pagarse antes de futuras citas.
- Después de tres (3) inasistencias, puede estar sujeto(a) a alta del servicio.

**Comportamiento Inapropiado** - Los pacientes pueden ser dados de alta debido a comportamiento disruptivo o incumplimiento del tratamiento.

**Llegadas Tardías** - Las citas se reprogramarán si el paciente llega:

- 5 minutos o más tarde a una cita de seguimiento de Manejo de Medicación
- 15 minutos o más tarde a una sesión de Terapia

**Reabastecimientos de Recetas:**

- Los pacientes deben programar citas de seguimiento antes de quedarse sin medicación.
- Las solicitudes de reabastecimiento serán denegadas si se faltan a las citas de seguimiento.
- No se procesan reabastecimientos rutinarios los fines de semana.
- La receta inicial incluye reabastecimientos hasta el próximo seguimiento recomendado.

**Discapacidad** - CEH no ofrece servicios de discapacidad. CEH proporcionará los **registros médicos** para reclamaciones de discapacidad iniciadas fuera de CEH (sujeto al pago de una tarifa por adelantado).

**Historial Médico** - Se debe pagar **\$10 por adelantado**. Las solicitudes pueden ser **rechazadas** según la política de la oficina. El tiempo de procesamiento es de **7 a 10 días hábiles**.

**Aviso sobre Custodia** - CEH no participa en procedimientos o disputas de custodia. Los servicios pueden discontinuarse si están relacionados con asuntos de custodia.

**Medicare** - CEH **no acepta** planes de Medicare ni planes suplementarios de Medicare como seguro primario o secundario. Por favor, informe a CEH si su cobertura de seguro cambia a Medicare en cualquier momento. Los pacientes que **no informen sobre estos cambios** pueden incurrir en un saldo pendiente y/o estar sujetos a **baja del servicio**.

**Exención de Seguro y Autorización de Pago de Servicios** - Entiendo que las tarifas pagadas por mi compañía de seguros a CEH por servicios específicos prestados **están sujetas a cambios**. Todos los pagos y saldos deben ser cubiertos para poder recibir servicios. Al recibir el **estado de cuenta final y el pago** de mi compañía de seguros, **puede ser necesario un pago adicional** para saldar mi cuenta con CEH. 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 pendiente y/o cargos no cubiertos o pagados por mi compañía de seguros. Autorizo y solicito que los **beneficios de mi seguro sean pagados directamente a CEH**. Esta autorización cubrirá **todos los tratamientos y servicios prestados** hasta que se reciba un aviso de cancelación por escrito.

**Política de Reembolsos** - No se otorgarán reembolsos por servicios recibidos de **terapia, manejo de medicamentos, procesamiento de formularios o realización de cualquier papeleo**, excepto en casos donde CEH no pueda proporcionar los servicios. En tal caso, la solicitud de reembolso debe ser revisada por la gerencia superior. Los pacientes que disputen cargos por servicios prestados serán cobrados con una tarifa administrativa de \$50 y ya no podrán pagar con tarjeta de crédito o débito. Todos los pagos futuros deberán realizarse en efectivo para recibir servicios.

#### **Política de Medicamentos Controlados de CEH**

No recetaremos medicamentos controlados a pacientes que:

- Rechacen dar su consentimiento para la prueba de drogas en orina,
- Falten una prueba de drogas, o
- Tengan un historial conocido o documentado de abuso de sustancias.

En tales casos, ofreceremos alternativas de tratamiento no controladas apropiadas, incluyendo opciones farmacológicas más seguras o terapias no farmacológicas, adaptadas a las necesidades clínicas del paciente. Las guías estadísticas y clínicas respaldan el uso de monitoreo estructurado y la oferta de alternativas para mitigar riesgos. Por ejemplo, se recomienda a los clínicos realizar pruebas de drogas en orina antes de prescribir sustancias controladas y explorar estrategias de tratamiento integrativas o medicamentos más seguros cuando surjan preocupaciones.

Se agregará una tarifa de \$5.00 al copago de cualquier cita que requiera una prueba de drogas en orina.

**Doy mi consentimiento para la prueba de drogas. (Menores: NO realizamos pruebas de drogas a menores a menos que sea específicamente requerido, y únicamente con el consentimiento previo del padre o tutor legal.)**

**No doy mi consentimiento para la prueba de drogas. Al marcar esta opción, entiendo que no recibiré ningún medicamento controlado. He revisado este formulario y comprendo la política de CEH indicada arriba.**

**Reconocimiento de Actualización** - Entiendo que **estoy obligado(a) a completar el papeleo anual de actualización** del Center for Emotional Health cada año. También me comprometo a **notificar a CEH de manera oportuna** sobre cualquier cambio en mi información en cualquier momento.

Al firmar a continuación, afirmo que toda la información actualizada proporcionada en este formulario es **precisa y válida**. He leído cuidadosamente cada declaración de política y **comprendo y reconozco plenamente** las políticas descritas.

X

Firma del parent/tutor legal

X

Fecha