



# NEW PATIENT Paciente Nuevo

**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** - A partir del 4 de abril de 2022, CEH ya no ofrece servicios de discapacidad. Continuamos apoyando solicitudes de FMLA y proporcionaremos expedientes para reclamaciones de discapacidad iniciadas fuera de CEH (sujeto a un cargo pagado por adelantado).

**Expedientes Médicos:**

- Cargo por liberación de expedientes: \$10.00, pagadero por adelantado.
- Las solicitudes pueden ser denegadas según la política de la oficina.
- Tiempo de procesamiento: 7-10 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.

**Mensajes** - Los mensajes se responden en el orden en que se reciben. En caso de emergencia, llame al 911.

**Los padres o tutores de niños de 12 años o menos deben permanecer en las instalaciones durante toda la sesión de terapia del menor. Los pacientes de 17 años o menos deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas de Manejo de Medicación y otros servicios de tratamiento.**

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

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

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

X \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal (en letra de molde)

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



## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género:  M /  F /  Other

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

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

¿Es usted veterano?  Sí /  No

(Si la respuesta es sí, por favor informe al proveedor que lo atiende).

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor, marque una opción)

Familia  Amigo/Amiga  Internet  Escuela  Otra: \_\_\_\_\_

## 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 padre/tutor legal)

X \_\_\_\_\_

Fecha

**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 padre/tutor legal)

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



## INFORMACIÓN DEL SEGURO

### **Medicare**

Por favor, tenga en cuenta que CEH no acepta ningún plan de Medicare ni planes suplementarios de Medicare como seguro primario o secundario. Si en algún momento su cobertura de seguro cambia a Medicare, debe informar de inmediato al departamento de facturación de CEH o a su oficina de CEH. Los pacientes que no informen sobre los cambios pueden incurrir en un saldo pendiente y/o estar sujetos a ser dados de alta. Por favor, firme a continuación para reconocer que no cuenta con cobertura de Medicare y que informará a CEH si hay algún cambio en su cobertura.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

### **Exención de Seguro y Autorización para el 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 pagados para poder recibir los servicios. Tras recibir la liquidación final y el pago de mi compañía de seguros, se podría requerir 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. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente y/o cargos no cubiertos o no pagados por mi compañía de seguros.

Autorizo y solicito que mis beneficios de 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.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

### **Política de Reembolso**

No se otorgarán reembolsos por los servicios recibidos de terapia, manejo de medicación, procesamiento de formularios o completación de cualquier tipo de papeleo, excepto en los casos en que CEH no pueda brindar los servicios. En tal caso, la solicitud de reembolso deberá ser revisada por la gerencia superior.

Los pacientes que disputen los cargos por los servicios prestados deberán pagar 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 los servicios.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/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 padre/tutor legal

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



## PRUEBA DE ORINA FAQ

### ¿Por qué necesito proporcionar una muestra de orina?

Para la salud y seguridad de nuestros pacientes, CEH recolecta muestras de orina para cumplir con las pautas federales sugeridas. Al monitorear las muestras de orina, CEH puede:

- Comprender los niveles reales de drogas presentes en un paciente
- Identificar interacciones peligrosas entre drogas
- Monitorear el cumplimiento de los planes de tratamiento

### ¿Con qué frecuencia tendré que hacerlo?

CEH cumple con las pautas federales que requieren que los proveedores limiten la desviación de medicamentos por parte de los pacientes. Los pacientes están sujetos a pruebas de drogas aleatorias.

### ¿Cómo fui seleccionado?

CEH recolectará muestras de TODOS los pacientes inicialmente, así como realizará recolecciones aleatorias para todos los pacientes a quienes se les hayan recetado medicamentos.

### ¿Quién verá los resultados?

El personal de nuestra oficina y el personal del laboratorio están autorizados para ver sus resultados de laboratorio.

### 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.

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

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

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

## NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

Todos los profesionales de la salud y el personal de oficina reciben capacitación continua para que puedan comprender y cumplir con las normas y regulaciones gubernamentales relacionadas con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), con especial énfasis en la “Regla de Privacidad”. Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad al prestar servicios a nuestros pacientes.

Es nuestra política determinar adecuadamente los usos apropiados de la Información de Salud Personal (PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con HIPAA. La ley nos exige mantener la privacidad de la PHI y proporcionar a los individuos este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Queremos asegurar a nuestros pacientes que nuestra práctica no contribuirá de manera consciente al creciente problema de divulgación inapropiada de PHI.

Como parte de este plan, hemos implementado un Programa de Cumplimiento que ayudará a prevenir cualquier uso inapropiado de la PHI. Cualquier pregunta relacionada con esta política puede dirigirse al Gerente de Oficina.

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

- Acceder a servicios que sean apropiados para su discapacidad, cultura, idioma, género y edad.
- Ser tratado con respeto y con consideración por su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre opciones de tratamiento disponibles y alternativas, presentada de manera adecuada a su condición y capacidad de comprensión.
- Participar en decisiones relacionadas con su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Contar con un plan de tratamiento individualizado para garantizar atención de calidad y coordinación del cuidado.

Reconozco la información anterior y mis derechos y responsabilidades como paciente. Una copia del manual de derechos del paciente y del consumidor de salud mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte (NC DHHS) está disponible para mí en cada oficina de CEH o a solicitud.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Su información de salud está protegida bajo HIPAA y las leyes federales de confidencialidad. CEH:

- No divulgará su información sin consentimiento por escrito (excepto cuando la ley lo permita).
- Le proporcionará acceso a sus registros (las solicitudes pueden ser denegadas según la política de la oficina).
- No usará ni venderá sus datos para fines de mercadeo o recaudación de fondos.

Se le ha proporcionado una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para su revisión y registro.

Reconozco que he recibido y comprendido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CEH.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

**CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES FUERA DEL ESTADO –** (Por favor lea y firme, incluso si no es un paciente fuera del estado)

Confirmando que estoy buscando servicios en el Center of Emotional Health, una instalación de salud mental con licencia en Carolina del Norte. Estaré físicamente ubicado dentro del estado de Carolina del Norte para todas las citas telefónicas y virtuales.

**CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES FUERA DEL ESTADO PARA CITAS VIRTUALES**

Consiento recibir citas telefónicas y entiendo que esta modalidad de atención no incluye componente visual o de video. Reconozco y acepto lo siguiente:

- El proveedor intentará brindar atención médicamente apropiada basada en mi historial, resultados de pruebas y registros disponibles.
- Las visitas telefónicas no son equivalentes a las visitas presenciales o por video, y entiendo sus limitaciones.
- No dispongo de acceso confiable a internet ni de un dispositivo para una visita de telemedicina por video.
- La visita telefónica sustituirá una sesión presencial.
- El servicio es clínicamente apropiado, necesario y cubierto bajo mis beneficios.
- Garantizaré privacidad durante la visita y evitaré distracciones (por ejemplo, no conducir ni realizar múltiples tareas).

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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

**RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

Reconozco que toda la información y consentimientos proporcionados en este formulario son precisos y completos, y permanecerán válidos durante mi atención en CEH. Entiendo que se requiere que complete la actualización anual de documentos del Center for Emotional Health cada año. También notificaré a CEH de manera inmediata sobre cualquier cambio en mi información en cualquier momento.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o del padre/tutor legal)

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