



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 padre/tutor legal)

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 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

***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

_____ **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 **\$11 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 padre/tutor legal

X _____
Fecha