



INFORMACION DE EL PACIENTE

Nombre:	SS#	Dob	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Numero de Membrecia Seguro	Grupo:	Efectivo:	
Direccion:			
Casa#	Celular# ext	Otro#	
Correo electronico:			
Trabajo:	Escuela:	<input type="radio"/> Full time	<input type="radio"/> part-time
Beneficio de Salud Mental:			
Beneficio de Farmacia:			

Persona responsable **Si el paciente es el responsable, ignore esta parte.**

Nombre:	SS#	DOB	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Relacion al paciente: <input type="radio"/> mismo <input type="radio"/> esposo <input type="radio"/> pareja <input type="radio"/> hijo <input type="radio"/> otro			
Direccion			
Casa#	Celular#	Otro#	
Correo electronico			
Trabajo:	Escuela:	<input type="radio"/> Full time	<input type="radio"/> part-time
Beneficio de Salud Mental:			
Beneficio de Farmacia:			

Si el paciente es un menor, agregue el nombres de el guardian y indique la relacion:

	Numero de telefono#
	Numero de telefono#

En caso de emergencia, contacte a el siguiente personaje:

	Numero de telefono#
	Numero de telefono#

❖ Yo certifico que la información indicada es verdadera y cierta a mi entendimiento y entiendo que es mi responsabilidad avisar de cualquier cambio.

❖ Autorizo que ALMA BEHAVIORAL GROUP contacte a cualquier personaje mencionado previamente en caso de mergence y entiendo que los personajes coordination access a cuidado de emergencia.

Paciente o Guardian legal: _____

Fecha: _____

Coordinación de Tratamiento

ALMA BEHAVIORAL GROUP puede enviar una copia de la evaluación psiquiátrico y archivos medico a su doctor u otro proveedor medico para coordinar su tratamiento. Esto es esencial para disponer comunicación continua entre sus proveedores de tratamiento sobre su salud.

- Renuncio liberar la información antes referenciada a otros **proveedores de tratamiento.**
- Yo consiento liberar la información antes referenciada a otros **proveedores de tratamiento.**

Porfavor indique la información de contacto de su Medico Primario u otros proveedores de tratamiento medico:

PROVEEDOR PRIMARIO	TELEFONO	FAX
DIRECCION		
PROVEEDOR	TELEFONO	FAX
DIRECCION		
PROVEEDOR	TELEFONO	FAX
DIRECCION		

Firma
Paciente, pariente o guardian

Nombre impreso

Fecha

Firma de testigo

Nombre impreso

Fecha

ALMA BEHAVIORAL GROUP

PERMISOS Y RECONOCIMIENTOS

Reconocimiento HIPPA	Puedo solicitar una copia de el aviso de la practica de privacidad de Alma Behavioral Group Firma: _____ Fecha: _____
Consentimiento de Tratamiento Informado	Estoy de acuerdo que el personal de ALMA BEHAVIORAL GROUP administre tratamiento psiquiatrico, psicoterapia y/o medicamentos quimicos. Entiendo que yo (o guardian) estoy entrando en un tratamiento y que puedo terminar servicios a cualquier hora. Tambien entiendo que me pueden solicitar un examen de orina al azar como parte de mi plan de tratamiento. Entiendo que si el tratamiento require un referido o si no estoy sumiso a el tratamiento recomendado, servicios con ALMA BEHAVIORAL GROUP podrian ser terminado. Firma: _____ Fecha: _____ <input type="radio"/> propio <input type="radio"/> esposo/a <input type="radio"/> pariente <input type="radio"/> guardian <input type="radio"/> otro:
Reconocimiento de la responsabilidad de el paciente	❖ Entiendo que soy responsable por el pago de todos los servicios rendido no impotando si el servicio es cubierto por la poliza de seguro. Entiendo que es mi responsabilidad proveer informacion de seguro precisa. ❖ Si escojo utilizar un seguro medico, entiendo que soy responsable por mi co-pago o cualquier otra cuota dependiendo de mi seguro. Si no tengo seguro medico, entiendo que soy responsable por la cuota acordada. ❖ Es mi responsabilidad pagar mi cuota cuando recibo servicios medicos. . ❖ Reconozco que las citas son reservadas especificamente para mi y entiendo que si no doy un aviso de 24 horas para cambiar o cancelar mi cita, estare sujeto a una multa de \$50. ❖ Entiendo que si mi cuenta esta atrasada, podria ser mandada a una agencia para recolectar y sera reportada a la oficina de credito. Firma: _____ Fecha: _____
Autorizacion de pago de seguro.	Autorizo que los beneficios de el seguro medico sean pagado a ALMA BEHAVIORAL GROUP y sus medicos para servicios rendidos por ellos. Firma: _____ Fecha: _____
Informacion de seguro publicada.	Autorizo la revelacion de cualquier informacion a mi seguro medico con el proposito de validar y determinar los beneficios pagaderos. Firma: _____ Fecha: _____

ALMA BEHAVIORAL GROUP

PERMISOS Y RECONOCIMIENTOS

Permiso para dejar mensajes.

ALMA BEHAVIORAL GROUP hace lo mejor posible para recordarle las citas a los pacientes. Hay situaciones donde el medico necesite cambiar su cita o comunicarse con usted. Para proteger su confidencialidad, su permiso es necesario para dejar el mensaje con otra persona que no fuera usted.

ALMA BEHAVIORAL GROUP tiene mi permiso para dejar mensajes en el numero dado. (Porfavor marque la apropiada):

Conyuge: _____ Numero #: _____

Familiar: _____ Numero#: _____

Otro: _____ Numero#: _____

Grabadora de mensajes

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de el paciente: _____

Si el paciente es menor de edad o tiene una persona designada a hacer las decisiones medicas y financieras

Paciente o Guardian:

Yo, _____, verifico que yo soy lo siguiente de el paciente:

Pariente

Guardian

Otro

Por lo cual estoy autorizado a solicitar tratamiento y dar mi consentimiento para el tratamiento y los servicios medicos que son disponibles. Si hubiese otro arreglo de custodia que impactara las decisiones de el tratamiento medico, es mi responsabilidad dejarle saber lo mas pronto possible a el personal de ALMA BEHAVIORAL GROUP.

Firma _____

Fecha _____

POLIZA DE LA OFICINA

ALMA BEHAVIORAL GROUP provee servicio a todos sus clientes con cortesía y profesionalismo

- ✓ Conducta apropiada debe ser observada hacia el personal clínico y administrativo de esta oficina. Le pedimos que usted se dirija en una manera profesional y con cortesía. Si su comportamiento es abusivo, Alma Behavioral Group discontinuara sus servicios, y usted recibirá un referido a un lugar alterno.
- ✓ Usted debe pagar un cargo de \$50.00 por cancelaciones de visitas con menos de 24 horas de anticipación. La próxima cita sera dada solo después de pagar lo debido. Dos cancelaciones consecutivas o tres tardías en un año, es suficiente para discontinuar servicios.
- ✓ Cartas y formularios serán recibidas solamente durante su tiempo de consulta y serán computadas a la discreción de la oficina al menos que se hagan arreglos anteriormente. Usted puede pagar un cargo de \$95 a \$250 por el formulario u cartas y/o registros medico.
- ✓ Consultaciones serán hechas durante su visita a la oficina. Consultaciones de teléfono son limitadas a situaciones o eventos de emergencia. No habrán cambios de medicaciones por teléfonos a menos de que sea por razones de efectos secundarios a la medicaciones. Usted puede incurrir una factura de \$25 a \$50 dólares, dependiendo la complejidad de la consulta de teléfono durante o después de las horas de trabajo.
- ✓ No habra recetas hechas por teléfono o anexada a la farmacia si usted perdió su cita al menos que sean autorizadas por el grupo y puede pagar un cargo de \$25.00 por el reemplazo. Toda receta perdida o robada que es controlada requiere que usted obtenga un reporte de policía. Es necesario hacer cita para la receta nueva.
- ✓ Todas las cuentas de los clientes deben ser aclaradas y mantenidas al día. Todos pagos atrasados deben ser sometidos a la contabilidad de la oficina antes de que usted pueda recibir servicios, a menos que usted haga hecho otros arreglos financieros con nuestra oficina.
- ✓ **Alma Behavioral Group y su personal de oficina clinica no toman parte en acciones o disputas legales**
- ✓ **Todas las llamadas y correo electronics seran contestados en 24 a 48 horas. Si usted necesita ayuda inmediata porfavor vaya a una sala de emergencia o llame a el 911. Gracias por su cooperacion.**

ACUERDO FINANCIERO

Yo, soy responsable de todos los deducibles y copagos de su seguro medico

Yo, autorizo el uso de este formulario para todas las sumisiones de pagos a su seguro medico

Yo, autorizo la divulgación de información a mi portador de seguro medico

Entiendo que soy responsable por el pago completo de la factura aunque no tenga seguro medico

Autorizo a el doctor y su personal a actuar como mi agente, ayudándome a obtener el pago de mi seguro medico

Autorizo pago directo a Alma Behavioral Group y a Dr. Jose Mendez

Autorizo que una copia de este acuerdo puede ser usado en lugar de el acuerdo original

Yo soy responsable de tener un acuerdo de pago para mi balance si es aprobado por Alma Behavioral Group

Entiendo que debo seguir las pólizas de la oficina y sus obligaciones financieras y estoy de acuerdo.

Firma _____

Fecha _____

Nombre (Escrito) _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Por la presente autorizo y publico:

para divulgar información confidencial a **ALMA BEHAVIORAL GROUP**

Por la presente autorizo y solicito a **ALMA BEHAVIORAL GROUP** que divulgue información personal confidencial a:

Entiendo que la información profesional confidencial incluye información personal, psicológica, psiquiátrica, de abuso a sustancias, relacionada con el SIDA, información medica, registros medicos y opiniones resultantes de los contactos con mis medicos tratantes. Esta solicitud especificamente para incluir lo siguiente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Divulgacion de registros completos | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Exámenes psicologicos | <input type="checkbox"/> Historia de Psicosocial | <input type="checkbox"/> Físico y Historial |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Desde: _____ Hasta: _____

También autorizo _____ (o unos de sus asociados) para comunicarse con _____ en respecto a la solicitud mencionada anteriormente

Entiendo que no estoy obligado a divulgar la información solicitada. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento informando a cualquiera de las personas mencionadas. Este lanzamiento de información caducara, independientemente de la notificación, un año después de las fechas de la firma. En el ejercicio e este consentimiento, por la presente libero a las partes antes mencionadas de cualquier responsabilidad que surja en el mismo.

Nombre de el paciente

Fecha de nacimiento de el paciente

Firma (Paciente, Parente, o Guardian)

Fecha de firma