

Adult - Spanish

1. Ingrese su información.

Primer Nombre: _____ Iniciales del medio: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Identidad de género: _____

Etnicidad _____ Raza
 Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
 Caucásico Otro Negarse a especificar

Tipo de telefono _____ Número de teléfono _____ E-mail: _____

Tipo de telefono _____ Teléfono secundario _____
 teléfono de casa
 Teléfono móvil
 Teléfono del trabajo

Método de Contacto Preferido _____ Dirección: _____
 teléfono de casa Teléfono móvil Teléfono del trabajo
 Email

Apt./Unit #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Contacto de emergencia

Relación con el contacto _____ Primer Nombre _____

Segundo nombre _____ Apellido _____

Tipo de telefono _____ Número de teléfono _____

Dirección Línea 1 _____ Línea de dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

3. Seguro primario

Compañía de seguros primaria _____ Número de identificación / Número de grupo
numero de póliza _____

Relación con el Asegurado

Yo Esposo/Esposa Niño Otro

Nombre del asegurado

Número de teléfono
asegurado

Fecha de nacimiento
del asegurado

Dirección postal del
asegurado

4. Sube fotos del anverso y reverso de tu tarjeta de seguro.

5. Ingrese la información de su farmacia a continuación

Nombre de la farmacia (debe estar ubicada en California)

Dirección de la farmacia

Telefono Farmacia

Fax de farmacia

6. Indique sus problemas de presentación

7. Tómese unos minutos para completar lo siguiente. Marque el número que le corresponda. Los números van desde 0 que significa que no está presente hasta 4 que significa problema grave

Síntoma	nada	Leve	Moderado	Severo
Episodios de llanto				
Cansancio extremo				
Sentimientos de pavor				
Sentirse desesperado / indefenso				
Dolores de cabeza				
Escuchar voces				
Problemas de control de impulsos				
Pérdida de apetito				
Pérdida de interés en actividades				
Pérdida de interés en el sexo				
Nerviosismo				
Pesadillas				
Ataques de pánico				
Pobre concentración				
Mala memoria				
Tristeza				
Problemas para dormir				
Pensamientos o planes suicidas				
Recelo				
Pérdida de peso				
Preocuparse todo el tiempo				

Otros síntomas?

8. Historial médico Completa lo siguiente en detalle utilizando la otra opción para las condiciones que no se enumeran. Escriba N / A donde sea necesario.

1. Altura

2. Peso

3. Alergias?

En caso afirmativo, especifique el tipo de reacción y la gravedad.

YES NO

4. Historial médico (requerido)

- Trauma de la cabeza
- Anemia Artritis / GOUT
- apnea del sueño
- Condiciones de la piel
- Cáncer HIV/AIDS

Enfermedades del corazón

- Hipertensión Arritmias
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Infarto de miocardio Otro

Gastrointestinal

- GERD Úlceras Acidez
- Enfermedad de la vesícula
- IBS
- Colitis ulcerosa / enfermedad de Crohn
- Otro

Endocrino

- Problema de tiroides
- Colesterol alto
- Diabetes tipo 1 / tipo 2
- Lupus Otro

Neurológico

- Convulsiones Carrera
- Migrañas Otro

Respiratorio

- Asma Bronquitis
- Neumonía COPD Otro

Genitourinario

- Cálculos renales
- Insuficiencia renal UTI
- STD'S Otro

Otros problemas médicos

5. Hospitalización médica

- Si No

6. Cirugías:

7. Historia Psicológica Pasada?

- Manejo de medicación Terapia / Consejería Programa intensivo para pacientes ambulatorios
- Desintoxicación / rehabilitación de drogas ECT rTMS N/A

Opciones anteriores de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios

Hospitalización psiquiátrica?

En caso afirmativo, indique el número de veces, incluyendo cuándo y dónde.

- Si No

Intentos de suicidio pasados

Historia psíquica familiar?

Historial de abuso o trauma físico / sexual

- Si No

9. Qué medicamentos (psicotrópicos o no) está tomando actualmente?

	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Adverso
1				
2				
3				
4				
5				

10. Utiliza alguno de los siguientes? Responder la frecuencia específica, la cantidad, la forma de uso, la edad de inicio / por cuánto tiempo, si está sobrio por cuánto tiempo y las razones de la recaída, si las hay, etc.

Cafeína

si No

Fumar

si No

Nunca

Pasivo

Tabaco

si No

Nunca

Alcohol

si No

Nunca

Drogas

si No

Nunca

Historia familiar de drogas

si No

Quién _____

Historia familiar de alcohol

si No

Quién _____

11. CAGE-AID

Nombre del paciente

Fecha

Ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?

si No

Te ha molestado la gente al criticar tu consumo de alcohol o drogas?

si No

Se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas?

si No

Alguna vez ha tomado una bebida o ha consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para deshacerse de una resaca (revelador)?

si No

Eres un fumador actual?

si No

Filosofía del tratamiento: explicación de la terapia breve

La terapia breve es un tratamiento dirigido a objetivos y centrado en problemas. Esto significa que se establece un objetivo de tratamiento o varios objetivos después de una evaluación exhaustiva. Luego, todo el tratamiento se planifica con la (s) meta (s) en mente y se avanza hacia el logro de esa meta de una manera eficiente en el tiempo. Usted asumirá un papel activo en el establecimiento y el logro de sus objetivos de tratamiento. Su compromiso con este enfoque de tratamiento es necesario para que experimente un resultado exitoso. Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre la naturaleza del tratamiento o su atención, no dude en preguntar.

Declaración de límites de confidencialidad

Toda la información entre el médico y el paciente se mantiene estrictamente confidencial. Hay excepciones legales a esto:

1. El paciente autoriza la divulgación de información con firma.
2. La condición mental del paciente se convierte en un problema en una demanda.
3. El paciente se presenta como un peligro físico para uno mismo (*Johnson v County of Los Angeles, 1983*).
4. El paciente se presenta como un peligro para los demás. (*Tarasoff v Regents of University of California, 1967*).
5. Se sospecha abuso y / o negligencia de niños o ancianos (*Welfare & Institution and/or Penal Code*).

En los dos últimos casos, la ley requiere que el médico informe a las víctimas potenciales y a las autoridades legales para que se puedan tomar medidas de protección.

Todo el material escrito y hablado de todas y cada una de las sesiones es confidencial a menos que se otorgue un permiso por escrito para divulgar toda o parte de la información a una persona, personas o agencia específicas. Si se utiliza la terapia de grupo como parte del tratamiento, los detalles de la discusión de grupo no deben discutirse fuera de las sesiones de asesoramiento.

Acceso de emergencia

Los médicos están disponibles después del horario de atención para manejar emergencias. Al llamar al número de la oficina principal fuera del horario de atención, se le indicará cómo comunicarse con el médico de guardia. Los miembros de IEHP pueden comunicarse al (800) 440-4347.

Consentimiento para tratamiento

Autorizo y solicito a mi médico la realización de exámenes psicológicos, tratamientos y / o procedimientos de diagnóstico que ahora, o durante el curso de mi tratamiento, sean aconsejables. Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicará cuando lo solicite y que están sujetos a mi acuerdo. También comprendo que, si bien el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, mi médico no

puede garantizar el resultado de mi tratamiento. Además, el proceso psicoterapéutico puede provocar sentimientos y reacciones incómodos como ansiedad, tristeza e ira. Entiendo que esta es una respuesta normal al trabajar con experiencias de vida no resueltas y que estas reacciones se trabajarán entre mi médico y yo.

Client Signature

Date

Custodia y consentimiento legal para el tratamiento

Soy tutor legal de (Nombre del niño) _____ y por la presente certifico que tengo la custodia legal del niño / adolescente que está siendo tratado y que estoy legalmente autorizado para tomar decisiones médicas sobre él / ella.

Acuerdo de custodia: si los padres están divorciados y la custodia es "legal conjunta", ambos padres deberán firmar el consentimiento para el tratamiento. Sin embargo, si los padres están divorciados y solo uno de los padres firma el consentimiento para el tratamiento, se debe proporcionar una copia del acuerdo de custodia (si corresponde, envíe una copia a care@inlandpsych.com). Este acuerdo debe reflejar qué padre obtiene la autoridad sobre la toma de decisiones médicas. Si comparte la custodia legal y su decreto de divorcio indica que debe informar al otro padre de las citas médicas, tenga en cuenta que puede estar en violación de una orden judicial si no informa al otro padre que su hijo recibe servicios psiquiátricos.

Nombre del tutor/Madre/Padre Date

Nombre del tutor/Madre/Padre Date

Nosotros / tengo:

Custodia exclusiva La custodia compartida

Si tiene custodia legal compartida o tutela y no conoce la ubicación del otro padre / tutor legal, marque la casilla

Ubicación Desconocido

Nombre del tutor/Madre/Padre Signature

Date

Proceso de apelaciones

Reconozco mi derecho a solicitar una reconsideración (una Apelación) en el caso de que Inland Psychiatric Medical Group, Inc. niegue la certificación de las visitas ambulatorias. Entiendo que solicitaría una Apelación a través de mi Proveedor y que no arriesgo nada al ejercer este derecho. Entiendo que mi Proveedor puede iniciar el proceso de apelación enviando una carta y cualquier documentación pertinente dentro de los 30 días de la denegación a mi compañía de seguros.

Quejas

También entiendo que puedo presentar una queja o reclamo a mi compañía de atención administrada en cualquier momento para registrar una queja sobre mi atención. Soy consciente de que puedo comunicarme con el Departamento de Servicios para Miembros (**el número aparece en la tarjeta de identificación de su seguro (si es miembro de IEHP, el número es (800) 440-4347).**

Entiendo que el Departamento de Corporaciones de California (DOC) es responsable de regular los servicios de atención médica. El DOC de California tiene un número de teléfono gratuito (800-400-0815) Si necesito la ayuda del DOC con una queja relacionada con una apelación de emergencia o con una apelación que el plan no ha resuelto satisfactoriamente, puedo llamar al número de teléfono del DOC número de teléfono gratuito.

Nombre

Relación con el paciente

Nombre del paciente (si es diferente al anterior)

(Firma del paciente) Signature

Date

Autorización para pagar beneficios al proveedor

Por la presente autorizo el pago directamente al Proveedor de servicios por beneficios de salud mental, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios, pero sin exceder el cargo razonable y habitual por esos servicios.

Nombre

Relación con el paciente

Nombre del paciente (si es diferente al anterior)

Firma del paciente o del padre o tutor legal Signature

Date

Política financiera

Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. IPMG facturará a su seguro; sin embargo, usted es responsable de los montos de copago y deducibles establecidos por su plan de beneficios. Los montos de los copagos pueden variar durante el curso del tratamiento, según se describe en su plan. Los copagos vencen y se pagan en cada cita. Si en algún momento durante su tratamiento deja de ser elegible para la cobertura de su seguro, será responsable del 100% de su factura. Usted es responsable de obtener cualquier autorización previa para el tratamiento de su compañía de seguros. Para modalidades especiales de tratamiento no cubiertas por su plan de beneficios, se firmará un acuerdo por escrito entre usted y su médico. Este acuerdo debe cubrir las tarifas y el plan de tratamiento y nunca debe contener tarifas superiores a las tarifas de descuento de tarifa por servicio que ofrece su plan de beneficios.

Pacientes menores:

Los adultos que acompañan a un menor y los padres o tutores son responsables del pago total. Para los menores no acompañados, se denegará el tratamiento que no sea de emergencia, a menos que los cargos hayan sido previamente autorizados a un plan de pago aprobado o se haya verificado el pago en efectivo o cheque al momento del servicio.

Cuotas Misceláneos:

abrará un cargo de

\$ 10.00 por página para todos los formularios que deben completarse

\$ 25.00-50.00 por papeleo de discapacidad

\$ 65.00 tarifa por cancelación tardía / no presentación (citas)

\$ 15.00 Registros médicos

\$ 50.00 Escritura de cartas

Las comparecencias judiciales / judiciales pueden variar según el proveedor. Comuníquese con la oficina para conocer la lista de tarifas.

Entiendo que habrá un cargo de \$ 65.00 por cancelar la cita sin un aviso de 24 horas o citas que resulten en una no presentación. Sin embargo, después de tres citas por no presentarse o cancelaciones tardías, el paciente será remitido de nuevo al seguro, debido al alto volumen de no presentación y cancelaciones tardías. Se tendrán en cuenta las cancelaciones urgentes.

Client Signature

Date

Dignidad y respeto

- Tiene derecho a ser tratado con consideración, dignidad y respeto, y la responsabilidad, de respetar los derechos, la propiedad y el medio ambiente de todos los médicos y otros profesionales de la salud, empleados y otros pacientes.
 - Tiene derecho a acceder a sus propios registros de tratamiento y a mantener la privacidad y la confidencialidad de esos registros.
 - También tiene derecho a ejercer estos derechos independientemente de su sexo, edad, orientación sexual, estado civil o cultura; o antecedentes económicos, educativos o religiosos.
-

Conocimiento e información

- Tiene derecho a recibir información sobre los servicios y médicos de la organización, las pautas clínicas y los derechos y responsabilidades de los miembros.
 - Tiene el derecho, y la responsabilidad, de conocer y comprender su atención médica y su cobertura, que incluyen:
 - Participar con su médico y otros profesionales de la salud en la toma de decisiones con respecto a la planificación de su tratamiento. Después de haber participado y aceptado un plan de tratamiento, tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento o informar a su proveedor de lo contrario.
 - Los nombres y títulos de todos los profesionales de la salud involucrados en su tratamiento
 - Su condición clínica y estado de salud.
 - Cualquier servicio y procedimiento involucrado en su tratamiento recomendado.
 - Cualquier requisito de atención médica continua después de su alta del consultorio, hospital o programa de tratamiento de un proveedor.
 - Cómo funciona su plan de salud, como se indica en su Póliza y / o Certificado.
 - Los medicamentos recetados para usted: para qué son, cómo tomarlos correctamente y posibles efectos secundarios.
-

Mejora continua

- Como socio de su plan de salud y cualquier profesional de la salud que pueda estar involucrado en su atención, tiene derecho a:
 - Comuníquese con un Asociado de Servicios para Miembros para abordar todas las preguntas e inquietudes, así como para hacer sugerencias para mejorar el plan de salud y / o las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros..
 - Hacer preguntas sobre cualquier consejo clínico o tratamiento prescrito si necesita una explicación o desea más información..
 - Apelar cualquier decisión desfavorable de atención de la salud del comportamiento siguiendo los procedimientos establecidos de apelación o quejas de su plan de salud.
-

Empleado elegible

Responsabilidad / Autonomía

- Como socio en su propia atención médica, tiene derecho a rechazar el tratamiento, siempre que acepte la responsabilidad y las consecuencias de dicha decisión, y el derecho a negarse a participar en cualquier proyecto de investigación médica.

- Tiene la responsabilidad de participar, en la medida de lo posible, en la comprensión de sus problemas de salud conductual y en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados.
- También tienes la responsabilidad de:
- Si tiene un seguro de IEHP, identifíquese como tal cuando reciba servicios de salud conductual.
- Proporcionar a su proveedor actual registros de tratamientos anteriores, si así lo solicita, así como proporcionar información médica precisa y completa a cualquier otro profesional de la salud involucrado en el curso de su tratamiento.
- Llegar a tiempo a todas las citas y notificar al consultorio de su proveedor con la mayor antelación posible si necesita cancelar o reprogramar una cita.
- Recibir toda la atención que no sea de emergencia o de urgencia a través de su proveedor de salud conductual asignado y obtener la autorización previa del servicio de Managed Care Company, si corresponde.
- Notifique a su plan de salud conductual dentro de las 48 horas, o lo antes posible, si está hospitalizado o recibe atención de emergencia.
- Pagar todos los copagos y deducibles requeridos en el momento en que reciba los servicios de atención de la salud del comportamiento.
- Tiene derecho en todo momento a comunicarse con un asociado de servicio al miembro para obtener ayuda con problemas relacionados con su plan de salud conductual.
- Es su derecho que todos los derechos anteriores se apliquen a la persona que ha designado con autoridad legal para tomar decisiones con respecto a su atención médica.

Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a sus derechos, comuníquese con el Servicio para miembros asociado con su compañía de seguros. (Si es miembro de IEHP, llame al (800) 440-4347.)

Client Signature

Date

Historial médico

Altura

Peso

Alergias? (si no hay ninguno, ingrese N / A)

Está tomando algún medicamento?

Si No

Medicamentos

Historia de salud

BP Diabético Asma

Coronario Quirúrgico

Otro

Ninguno

en otro caso, por favor especifica

Historia Psicológica Pasada?

Si No

Hospitalización?

Si No

Numero de veces

Historia psíquica familiar?

Si No

Si es así, quien?

Diagnóstico

Client Signature

Date

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

INLAND PSYCHIATRIC MEDICAL GROUP, INC.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir dichos registros de otros. Usamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le brindan según lo permita su plan de salud y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para operar esta práctica médica correctamente. La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.

A. Cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información médica

Esta práctica médica recopila información médica sobre usted y la almacena en una tabla y en una computadora. Este es su historial médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el registro médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

1. Tratamiento. Usamos su información médica para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que brindarán servicios que nosotros no brindamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para dispensarle una receta, o con un laboratorio que realice una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o lesionado.

2. Pago. Usamos y divulgamos su información médica para obtener el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le han brindado.

3. Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o referencias. También podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluida la detección de fraude y abuso y programas de cumplimiento y planificación y administración comercial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que nos prestan servicios administrativos. Tenemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene términos que les exigen proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica.

Aunque la ley federal no protege la información de salud que se divulga a otra persona que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud, centro de compensación de atención médica o uno de sus socios comerciales, la ley de California prohíbe a todos los destinatarios de información de salud divulgarla más a menos que se requiera o permita específicamente por ley. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de compensación de atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando soliciten esta información para ayudarlos con sus actividades de evaluación y mejora de la calidad, sus actividades de seguridad del paciente, su población. esfuerzos basados en mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, desarrollo de protocolos, gestión de casos o actividades de coordinación de la atención, su revisión de la competencia, calificaciones y desempeño de los profesionales de la salud, sus programas de capacitación, sus actividades de acreditación, certificación o licencia, sus actividades relacionadas con contratos de seguro médico o beneficios médicos, o sus esfuerzos de detección y cumplimiento de fraude y abuso de atención médica. ***[Los participantes en acuerdos organizados de atención médica solo deben agregar: También podemos compartir su información médica con los otros proveedores de atención médica, centros de compensación de atención médica y planes de salud que participan]***

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (cont)

con nosotros en "acuerdos organizados de atención médica" (OHCA) para cualquiera de las operaciones de atención médica de las OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que brindan colectivamente servicios de atención médica. Una lista de las OHCA en las que participamos está disponible en el Oficial de Privacidad.]

4. [Opcional: recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle sus citas. Si no está en casa, es posible que dejemos esta información en su contestador automático o en un mensaje que se le deje a la persona que conteste el teléfono.]

5. Firmar en la hoja. Podemos usar y divulgar su información médica solicitándole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos llamar su nombre cuando estemos listos para recibirlo.

6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, su estado general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en caso de su muerte. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de ayuda para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su atención o que ayude a pagar su atención. Si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de oponerse antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción si creemos que es necesario responder a las circunstancias de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor juicio en la comunicación con su familia y otras personas.

7. Márketing. Siempre que no recibamos ningún pago por realizar estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para alentarle a comprar o utilizar productos o servicios relacionados con su tratamiento, gestión de casos o coordinación de la atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica, o entornos de atención que puedan ser de su interés. De manera similar, podemos describir productos o servicios proporcionados por esta práctica y decirle en qué planes de salud participamos,

Es posible que recibamos una compensación financiera para hablar con usted en persona, para brindarle pequeños obsequios promocionales o para cubrir nuestro costo de recordarle que debe tomar y volver a surtir su medicamento o comunicarnos de otro modo sobre un medicamento o biológico que se receta actualmente para usted, pero solo si: (1) tiene una afección crónica y gravemente debilitante o que pone en peligro su vida y la comunicación se realiza para educarlo o asesorarlo sobre las opciones de tratamiento y mantener el cumplimiento de un curso de tratamiento prescrito, o (2) usted es un miembro actual del plan de salud y la comunicación se limita a la disponibilidad de productos farmacéuticos más rentables. Si hacemos estas comunicaciones mientras usted tiene una condición crónica y gravemente debilitante o que pone en peligro su vida, le notificaremos lo siguiente en un tipo de al menos 14 puntos: (1) el hecho y la fuente de la remuneración; y (2) su derecho a optar por no recibir comunicaciones remuneradas en el futuro llamando al número gratuito del comunicador. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica con fines de marketing ni aceptaremos ningún pago por otras comunicaciones de marketing sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación financiera por cualquier actividad de marketing que usted autorice y detendremos

cualquier actividad de marketing futura en la medida en que usted revoque esa autorización.

8. Venta de información sanitaria. No venderemos su información médica sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla, y detendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que usted revoque esa autorización.

9. Requerido por la ley. Como lo requiere la ley, usaremos y divulgaremos su información médica, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos relevantes de la ley. Cuando la ley nos exija denunciar el abuso, la negligencia o la violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos, oa los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos con el requisito que se establece a continuación con respecto a esas actividades.

10. Salud pública. Podemos, ya veces estamos obligados por ley, a divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; reportar violencia doméstica; informar a la Administración de Drogas y Alimentos sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y notificar la exposición a enfermedades o infecciones. Cuando reportamos sospechas de abuso o violencia doméstica de ancianos o adultos dependientes, le informaremos a usted oa su representante personal de inmediato, a menos que, en nuestro mejor juicio profesional, creamos que la notificación lo pondría en riesgo de sufrir daños graves o requeriría informar a un representante personal que creemos es responsable del abuso o daño.

11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y en ocasiones la ley nos exige, divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos, sujeto a las limitaciones impuestas por las leyes federales y de California

12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y en ocasiones la ley nos exige, divulgar su información médica en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por un tribunal o una orden administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y usted no ha objetado, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o una orden administrativa

13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y en ocasiones la ley nos exige, divulgar su información médica a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial, orden judicial, citación del gran jurado y otros fines de aplicación de la ley

14. Médicos forenses. Podemos, y a menudo la ley nos exige, divulgar su información médica a los médicos forenses en relación con sus investigaciones de muertes.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (cont)

15. Donación de órganos o tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y tejidos.

16. Seguridad Pública. Podemos, y en ocasiones la ley nos exige, divulgar su información médica a las personas adecuadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o del público en general.

17. Prueba de inmunización. Divulgaremos prueba de inmunización a una escuela donde la ley requiera que la escuela tenga dicha información antes de admitir a un estudiante si usted está de acuerdo con la divulgación en su nombre o en su dependiente.

18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos divulgar su información médica con fines militares o de seguridad nacional o a instituciones correccionales o agentes del orden público que lo tengan bajo su custodia legal.

19. Compensación al trabajador. Podemos divulgar su información médica según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación laboral. Por ejemplo, en la medida en que su atención esté cubierta por la compensación de trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador sobre su condición. También estamos obligados por ley a informar los casos de lesiones o enfermedades ocupacionales al empleador o al asegurador de compensación para trabajadores.

20. Cambio de propiedad. En el caso de que esta práctica médica se venda o se fusione con otra organización, su información / registro médico pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque mantendrá el derecho a solicitar que se transfieran copias de su información médica a otro médico o grupo.

21. Notificación de incumplimiento. En el caso de una violación de la información médica protegida no segura, le notificaremos según lo requiera la ley. Si nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar el correo electrónico para comunicar información relacionada con la infracción. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos según corresponda. **[Nota: Utilice la notificación por correo electrónico únicamente si está seguro de que no contendrá PHI y no revelará información inapropiada. Por ejemplo, si su dirección de correo electrónico es "digestivediseaseassociates.com", un correo electrónico enviado con esta dirección podría, si se intercepta, identificar al paciente y su condición.] [Agregue las siguientes tres actividades, o cualquiera de las tres, solo si la organización se involucra o tiene la intención de participar en estas actividades.]**

22. Notas de psicoterapia. No usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización previa por escrito, excepto para lo siguiente: (1) su tratamiento, (2) para capacitar a nuestro personal, estudiantes y otros aprendices, (3) para defendernos si nos demanda o trae algún otro procedimiento legal, (4) si la ley requiere que le revelemos la información a usted o al Secretario del HHS o por alguna otra razón, (5) en respuesta a actividades de supervisión de la salud relacionadas con su psicoterapeuta, (6) para evitar un problema grave amenaza a la salud o la seguridad, o (7) al médico forense o médico forense después de su muerte. En la medida en que revoque una autorización para usar o divulgar sus notas de psicoterapia, dejaremos de usar o divulgar estas notas.

23. Investigación. Podemos divulgar su información médica a investigadores que realizan investigaciones con respecto a las cuales no se requiere su autorización por escrito según lo aprobado por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad, de conformidad con la ley vigente.

24. Recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica, las fechas en las

que recibió tratamiento, el departamento de servicio, su médico tratante, la información de los resultados y el estado del seguro médico para comunicarnos con usted para nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir estos materiales, notifique al Oficial de Privacidad que se encuentra en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad y detendremos cualquier comunicación adicional de recaudación de fondos. Del mismo modo, debe notificar a la Oficina de Privacidad si decide que desea comenzar a recibir estas solicitudes nuevamente

B. Cuándo esta práctica médica no puede usar o divulgar su información médica

Excepto como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usará ni divulgará información médica que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza a esta práctica médica a usar o divulgar su información médica para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

C. Sus derechos de información médica

1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica mediante una solicitud por escrito que especifique qué información desea limitar y qué limitaciones en nuestro uso o divulgación de esa información desea imponer. Si nos dice que no divulguemos información a su plan de salud comercial con respecto a los artículos o servicios de atención médica por los que pagó de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por motivos legales o de tratamiento. . Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.

2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que reciba su información médica de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que enviemos información a una cuenta de correo electrónico en particular oa su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables enviadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, con limitadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito detallando a qué información desea acceder, si desea inspeccionarla u obtener una copia de ella y, si desea una copia, su forma y formato preferido. Le proporcionaremos copias en su forma y formato solicitados si se puede producir fácilmente, o le proporcionaremos un formato alternativo que considere aceptable, o si no podemos estar de acuerdo y mantenemos el registro en un formato electrónico, su elección de un formato legible electrónico o en papel. También enviaremos una copia a otra persona que designe por escrito. Cobraremos una tarifa razonable que cubre nuestros costos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicita y acuerda por adelantado, el costo de preparar una explicación o resumen, según lo permitan las leyes federales y de California. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o los registros de un

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (cont)

adulto incapacitado al que representa porque creemos que permitir el acceso podría causar un daño sustancial al paciente, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si denegamos su solicitud para acceder a sus notas de psicoterapia, tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.

4. Derecho a enmendar o complementar. Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica que crea que es incorrecta o incompleta. Debe realizar una solicitud de modificación por escrito e incluir las razones por las que cree que la información es inexacta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información médica y le proporcionaremos información sobre la denegación de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación. Podemos denegar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda), si no se le permitiría inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es precisa y completa tal como está. Si denegamos su solicitud, puede presentar una declaración escrita de su desacuerdo con esa decisión y, a su vez, podemos preparar una refutación por escrito. También tiene derecho a solicitar que agreguemos a su registro una declaración de hasta 250 palabras con respecto a cualquier cosa en el registro que crea que está incompleta o incorrecta. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de modificación o complemento se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación posterior de la información en disputa.

5. Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica realizadas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad o divulgaciones para fines de investigación o salud pública que excluyen identificadores directos de pacientes, o que sean incidentes a un uso o divulgación de otro modo permitido o autorizado por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o funcionario policial en la medida en que esta práctica médica haya recibido notificación de esa agencia o funcionario que proporciona esta contabilidad sería razonablemente probable que obstaculizara sus actividades.

6. Tiene derecho a recibir un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, incluido el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si ha solicitado previamente su recepción por correo electrónico.

Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad que aparece en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

D. Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha enmienda, la ley nos exige cumplir con este Aviso.

Después de que se haga una enmienda, el Aviso de Protección de Privacidad revisado se aplicará a toda la información médica protegida que mantenemos, independientemente de cuándo fue creada o recibida.

Mantendremos una copia del aviso actual publicado en nuestra área de recepción, y habrá una copia disponible en cada cita. **[Para las prácticas con sitios web, agregue: También publicaremos el aviso actual en nuestro sitio web.]**

E. Quejas

Las quejas sobre este Aviso de prácticas de privacidad o cómo esta práctica médica maneja su información médica deben dirigirse a nuestro Oficial de privacidad que se encuentra en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina maneja una queja, puede enviar una queja formal a:

IX Región

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S.

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)

(415) 437-8329 FAX

OCRMail@hhs.gov

El formulario de quejas se puede encontrar en

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

recibido el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que Inland Psychiatric Medical Group, Inc. tiene ciertas obligaciones legales para salvaguardar mi Información de salud protegida. (PHI). También entiendo que tengo ciertos derechos con respecto a mi (PHI). Aviso: Los formularios estarán disponibles para descargar al final del proceso de admisión y habrá copias adicionales disponibles en las oficinas.

Patient Signature

Date

Formulario de consentimiento de telemedicina

1. Entiendo que participaré en una evaluación / examen y diagnóstico de telemedicina ambulatoria y tratamiento.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para evaluación / examen y no será lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica debido al hecho que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas, aunque se utilice un software compatible con HIPAA. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación
5. Me han explicado las alternativas a una evaluación / examen de telemedicina, y al elegir participar en una evaluación de telemedicina.
6. En una situación de emergencia, entiendo que la responsabilidad del proveedor de atención médica de telemedicina es informar a mi departamento de policía local o al personal de emergencia y el proveedor de atención médica de telemedicina será responsable hasta el final de esa evaluación en particular.
7. Entiendo que la facturación se realizará por parte de mi médico o de Inland Psychiatric Medical Group, Inc.
8. He tenido una conversación directa con mi médico, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre la telemedicina. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y alternativas prácticas se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.
9. Entiendo los riesgos de una posible pero rara violación del software y la privacidad que cumplen con la HIPAA. Entiendo los riesgos de retrasos en el tratamiento debido a fallas del equipo. Interacciones farmacológicas raras pero posibles debido a que no se tiene acceso a registros médicos completos

Beneficios esperados:

1. Mejor acceso a la atención médica con disminución del tiempo de espera
2. Menos tiempo de viaje
3. Más citas fuera del horario comercial.
4. Obtención de la experiencia de un especialista lejano.
5. Más privacidad

Al firmar este formulario, certifico: que he leído o me han leído este formulario y / o me han explicado que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de la telemedicina. Que se me ha dado amplia oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Fecha de

consentimiento

Patient Signature

Date

Nombre _____

Fecha _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?

0 - De ningún modo | 1 - varios días | 2 - mas de la mitad de los días | 3 - Casi todos los días

1. Poco interés o placer en hacer cosas

0 1 2 3

2. sentirse triste, deprimido o sin esperanza

0 1 2 3

3. Problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido, o dormir demasiado

0 1 2 3

4. Sentirse cansado o tener poca energía

0 1 2 3

5. falta de apetito o comer en exceso

0 1 2 3

6. sentirse mal contigo mismo o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo oa su familia

0 1 2 3

7. problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión

0 1 2 3

8. moverse o hablar tan lentamente que otras personas se dan cuenta. o lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual

0 1 2 3

9. pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño

0 1 2 3

Total: _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas??

Nada difícil algo difícil muy difícil extremadamente difícil

Nombre _____

Fecha _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguna de las siguientes situaciones?

0 - De ningún modo | 1 - varios días | 2 - mas de la mitad de los dias | 3 - Casi todos los dias

1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde

0 1 2 3

2. No poder detener o controlar sus preocupaciones

0 1 2 3

3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes

0 1 2 3

4. Problemas para relajarse

0 1 2 3

5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto

0 1 2 3

6. Molestarse o irritarse fácilmente

0 1 2 3

7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar

0 1 2 3

Total: _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil algo difícil muy difícil extremadamente difícil