

Formularios de pacientes

Información básica

Nombre completo _____
Segundo Último

Primero

Sexo Masculino Hembra Desconocido Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Teléfono principal Hogar Móvil Trabajo Número de teléfono _____

Correo electrónico _____ Numero de Seguro Social _____

Residencia Primaria 1 _____ Residencia Secundaria 2 _____

Ciudad _____ Código postal _____

Estado Civil _____ Doncella Apellido _____

Estatal de la licencia de conducir _____ Licencia de conducir # _____
Estado _____

Demografía

Orientación sexual _____ Identidad de genero _____

¿Hispano o latino? Sí No Etnicidad _____

Raza _____ Idioma _____

Contacto de emergencia

Relación con el contacto _____

Nombre completo _____
Primero Segundo Último

Teléfono principal Hogar Móvil Trabajo Número de



teléfono _____

Correo electrónico _____

Número del Seguro Social _____

Residencia Primaria 1 _____

Residencia Primaria 2 _____

Ciudad _____

Código postal _____

Información financiera

Participo Responsable

Quién será finánicamente responsable de ti: yo mismo alguien más

Si eligió "Alguien más", complete lo siguiente:

Relación con el contacto _____

Nombre completo _____

Primero

Segundo

Último

Teléfono principal Hogar Móvil Trabajo
teléfono _____

Número de

Forma de pago

Qué será su método de pago? Aseguranza Auto pago

Si eligió "Seguro", por favor llene lo siguiente:

Póliza de Aseguranza

Compañía de Aseguranza _____ Número de Póliza _____

Plan de Aseguranza _____ Numero Telephonico de Aseguranza _____

Número de grupo _____

Direction Primaria de la Compañía de Aseguranza 1 _____

Direction Secundaria de la Compañía de Aseguranza 2 _____

Ciudad _____ Estado Código postal _____

Relación con el titular principal de la póliza _____

Si no es el titular principal de la póliza, complete lo siguiente:

Nombre completo _____

Primero

Segundo

Último

Sex Masculino Hembra Desconocido Fecha de nacimiento _____/
_____/_____

Numero de póliza _____ Numero de Seguro Social _____

Direction Primaria de Titular de Póliza _____

Direction Secundaria de Titular de póliza _____

Ciudad _____ Estado Código postal _____

Si no puede proporcionar la información de su seguro, proporcione una razón antes de continuar.

PÓLIZA DE ASEGURANZA SECUNDARIO

Si no tiene una póliza de seguro secundaria, puede dejar esto en blanco.

Compania de Aseguranza _____ Número de Póliza _____

Plan de Aseguranza _____ Número Telephonic de Aseguranza _____

Número de grupo _____

Direction Primaria de Compañía de Aseguranza _____

Direction Secundaria de Compañía de Aseguranza _____

Ciudad _____ Estado Código Postal _____

Relación con el titular de la póliza secundaria _____

Si no es el titular de la póliza secundaria, complete lo siguiente:

Nombre completo _____
Primero Segundo Último

Sex Masculino Hembra Desconocido Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Número de Póliza _____ Número DE Seguro Social _____

Direction Primaria de Titular de Aseguranza _____

Direction Primaria de Titular de Aseguranza _____

Ciudad _____ Estado Código postal _____

Información Adicional

Enumere sus farmacias preferidas en orden de preferencia

Nombre de Farmacia	Dirección y número de teléfono de la farmacia

¿Como escucno de nosotros? _____



Consentimiento general para el consentimiento de atención y tratamiento

Consentimiento para los servicios: Yo voluntariamente consiento que participaré en un tratamiento de salud conductual (p. ej . , psicológico o psiquiátrico) por parte del personal de Changing Minds LLC. El tratamiento puede ser proporcionado por un consejero autorizado, un psicólogo, una enfermera practicante psiquiátrica, un psiquiatra o una persona supervisada por cualquiera de los profesionales enumerados. Los servicios pueden incluir entrevistas, evaluación o pruebas, psicoterapia y/o administración de medicamentos.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted consiente tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito.

Riesgos y beneficios: el tratamiento de salud conductual tiene tanto beneficios como riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos porque el proceso requiere discutir aspectos difíciles de la vida de uno. Sin embargo, se ha demostrado que el tratamiento tiene beneficios. El tratamiento conduce una reducción significativa de los sentimientos de angustia, mejor satisfacción en las relaciones, mejor conciencia y perspicacia, mejor habilidades y soluciones a problemas específicos. Un pequeño número de clientes puede no mejorar debido al tratamiento o puede terminar antes de que esté clínicamente indicado. Es importante mantener informado a su médico sobre cualquier dificultad que pueda encontrar durante su tratamiento.

Usted tiene el derecho en cualquier momento a discontinuar los servicios. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier tratamiento que se le ordene. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas.

_____ ***Requisito de los estándares de comportamiento:*** entiendo que soy personalmente responsable de mi comportamiento mientras estoy siendo tratado por los proveedores de Changing Minds. Hablar en voz alta, gritar, comportarse groseramente y/o usar malas palabras es una falta de respeto, interrumpe la relación entre el proveedor y el paciente, interfiere con el funcionamiento eficiente de la clínica y, por lo tanto, no será tolerado en la clínica ni por ningún tipo de comunicación (es decir, , teléfono, correo electrónico, mi gráfico). Si no cumplo con esta política, entiendo que puedo ser dado de alta de esta clínica.

_____ ***Solo pacientes mujeres:*** Doy fe, a mi leal saber y entender, que no estoy embarazada. Entiendo que no siempre se conocen los efectos de los medicamentos en los niños por nacer. Además, doy fe de que si estoy embarazada o sospecho que puedo estar embarazada, o intento quedar embarazada, notificaré al proveedor o al personal de inmediato. Entendiendo esto, cualquier medicamento que tome, yo eximo de responsabilidad al proveedor y al personal por cualquier defecto de mi hijo por nacer que pueda surgir del uso de estos medicamentos recetados.

Póliza de cancelación /no presentación a continuación:

Se requiere un aviso de 24 horas de anticipación para la cancelación de cualquier cita. El paciente debe llamar a la oficina al 702-405-8088 con respecto a cualquier cancelación de cita. Cualquier cancelación de una cita de PSICOTERAPIA con menos de 24 horas de anticipación tendrá un cargo de \$55. Cualquier cancelación de una cita de PSIQUIATRÍA INICIAL con menos de 24 horas de anticipación tendrá un cargo de \$150. Cualquier cancelación de una cita de PSYCHIATRY MED CHECK con menos de 24 horas de anticipación tendrá un cargo de \$25. Se aplican las mismas tarifas de cancelación a cualquier paciente que no se presente a una cita programada. Los pacientes que no se presenten también pueden ser cobrados una tarifa hasta el monto del pago por sesión cubierto por su seguro.

_____ Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos llamadas recordatorias para citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la Política anterior seguirá vigente. Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda seguir su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro gerente de oficina, Jamie Brown, quien puede renunciar a la ausencia. tarifa.

Autorización para divulgar información:

Por la presente, autorizo a Changing Minds Psychiatry a divulgar cualquier información requerida durante mi examen y tratamiento a cualquier agente autorizado para la atención médica, el tratamiento y el pago. Autorizo la divulgación de información médica a mis aseguradoras según sea necesario para la determinación y el pago de beneficios, a mis proveedores de atención médica involucrados en mi atención: a organizaciones, compañías y recursos comunitarios de revisión de utilización y revisión de estándares profesionales que me ayudan con mis necesidades de atención médica. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o si presento por escrito que revoco el consentimiento adicional.

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A LA INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE PRESCRIPTION :

Por la presente autorizo a Changing Minds a acceder a la información histórica de medicamentos recetados.



Atestación de Consentimiento Informado:

La información sobre nuestras políticas y procedimientos se proporciona como parte de este consentimiento informado. Por favor revise estos documentos cuidadosamente. Al firmar usted indica que ha leído, comprende y está de acuerdo con la información provista en cada una de las políticas y procedimientos.

AGRADECIMIENTOS

1. Acuerdo de administración de medicamentos:	quisiera una copia	Ya he recibido esta información.
2. Póliza de Comunicación Electrónica:	quisiera una copia	Ya he recibido esta información.
3. Aviso de prácticas de privacidad:	quisiera una copia	Ya he recibido esta información.
4. Póliza de Obligaciones Financieras:	quisiera una copia	Ya he recibido esta información.
5. Derechos y responsabilidades del cliente	<input type="checkbox"/> quisiera una copia	<input type="checkbox"/> Ya he recibido esta información.
6. Póliza de no presentación y cancelación:	<input type="checkbox"/> quisiera una copia	<input type="checkbox"/> Ya he recibido esta información.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ **Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como la original**

Caducidad del consentimiento: este consentimiento caducará en el momento del alta de los servicios de salud conductual de Changing Minds.

He leído y entiendo la información anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito; excepto en la medida en que la organización ya haya actuado en base a ello. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme.

Si es aplicable, también doy fe de que soy el tutor legal y tengo derecho a consentir para el tratamiento de este menor.

Firma del tutor legal (si el cliente está bajo años 14)

Fecha

Firma de Fecha del cliente
