

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: ____/____/____

Identificación

Nombre legal: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre Preferido: _____ Sexo (solo requerido para el seguro): _____

Identidad de género: _____ Pronombres preferidos: _____

Raza y etnia: _____

Detalles de raza y etnia: _____ Idioma preferido: _____

Dirección de la calle de casa: _____

Ciudad/Código postal: _____

Teléfono (principal): _____ Correo electrónico: _____

Las llamadas/mensajes de texto/correos electrónicos serán discretos, pero indique las restricciones: _____

Ocupación / situación de trabajo: _____

Experiencia militar: _____ Educación: _____

Estado civil: _____ Niños/Niñas: _____

Relaciones más cercanas

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Contacto de emergencia

Si surge una emergencia y no podemos comunicarnos con usted directamente y necesitamos comunicarnos con alguien cercano a usted, ¿a quién debemos llamar? Al incluir a alguien a continuación, da permiso para que lo contactemos en caso de una emergencia:

#1 Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Habla a: _____

#2 Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Habla a: _____

Atención médica (se requiere una autorización firmada para la coordinación del tratamiento)

Medico primario _____

La localidad/ Teléfono _____

Historia Legal

Actualmente está demandando a alguien o está pensando en demandar a alguien? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Su motivo para venir a vernos está relacionado con un accidente o lesión? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Está obligado por un tribunal, la policía o un oficial de libertad condicional a tener esta cita? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Alguna vez ha tenido que presentar una queja o ha estado involucrado en una demanda con otro profesional de la salud mental? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Alguna otra implicación legal o antecedentes? _____

Tratamiento y antecedentes de síntomas.

Alguna vez ha recibido tratamiento psicológico, psiquiátrico, por drogas o alcohol, o servicios de consejería antes?

No Sí En caso afirmativo, indique:

Que tipo? _____ Cuándo? _____

De quien? _____

Para qué? _____

Con que resultados? _____

Razón para suspender el tratamiento? _____

II. Tiene antecedentes de tomar medicamentos para problemas psiquiátricos o emocionales?

No Sí En caso afirmativo, indique:

Qué medicamentos? _____

¿Cuándo? _____

De quien? _____

¿Para qué? _____

¿Con que resultados? _____

Razón para suspender el tratamiento? _____

Toma actualmente medicamentos para problemas psiquiátricos o emocionales? No Sí En caso afirmativo, indique:

Qué medicamentos? _____

De quien? _____

Para qué? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

Con que resultados? s _____

III. Tiene antecedentes de abuso / negligencia o cualquier otro tipo de trauma, incluido un trauma complejo?

No Sí En caso afirmativo, describa lo que está dispuesto a hacer:

IV. Está actualmente preocupado por el abuso o la dependencia de una sustancia y / o una adicción conductual?

No Sí En caso afirmativo, proporcione detalles sobre su uso y / o comportamientos actuales, incluida la cantidad, la frecuencia y los motivos de uso / comportamiento:

V. Evaluación de riesgos

Tiene antecedentes de pensamientos suicidas o intentos de suicidio en el pasado? No Sí Sí En caso afirmativo, describa cuándo y las circunstancias : _____

Tiene actualmente pensamientos suicidas u homicidas? No Sí

Tienes un plan específico? No Sí En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Por favor marque todas las condiciones MÉDICAS que ha tenido o está teniendo:

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positiva | <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsions |
| <input type="checkbox"/> Appendicitis | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Coto |
| <input type="checkbox"/> Asma | congestiva | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |

- Hepatitis
- Hernia
- Herpes
- Alta presión sanguínea
- Colesterol alto
- Nefropatía
- Enfermedad del hígado
- Sarampión
- Meningitis
- Migrañas
- Mononucleosis
- Esclerosis múltiple
- Paperas

- Marcapasos
- Trastorno de Parkinson
- Inflamatorio pélvico
- Pulmonía
- Polio
- Problemas de próstata
- Fiebre reumática
- Escoliosis
- Transmitido sexualmente
- enfermedad
- Carrera
- Problemas tiroideos

- Tuberculosis
- Úlceras
- UTI
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Verifique todos los diagnósticos PSIQUIÁTRICOS / PSICOLÓGICOS pasados y presentes.

- ADHD/ADD
- Agorafobia
- Abuso o dependencia del alcohol
- Anorexia
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Bulimia
- Depresión
- Trastorno de la alimentación
- Ansiedad generalizada

- Trastorno del aprendizaje
- Discapacidad intelectual
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de la personalidad
- Trastorno de estrés postraumático
- Psicosis

- Esquizofrenia
- Abuso o dependencia de sustancias
- Adicción al apostar (juegos de azar, etc.)
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Marque cualquier síntoma o experiencia actual que haya tenido durante el último mes y / o le haya pedido que busque servicios.

- Preocupación excesiva
- Ansiedad excesiva
- Muy nervioso
- Tensión muscular
- Alteración del sueño
- Corazón palpitante
- Frecuencia cardíaca acelerada
- Dificultad para respirar
- Náuseas o malestar

- Estómago
- Miedo a perder el control o de "volverse loco"
- Miedo a morir
- Entumecimiento u hormigueo en labios / yemas de los dedos
- Pensamientos obsesivos

- Comportamiento compulsivo
- Fobias / Miedos
- Rituales
- Estado de ánimo deprimido
- Estado de ánimo irritable
- Pelear y discutir
- Vigilante / consciente

- Asustarse fácilmente
- Estado de ánimo elevado
- Estado de ánimo eufórico
- Cambios de humor
- Disminución de la necesidad de dormir
- Más hablador de lo habitual
- Pensamientos acelerados
- Incremento de actividad
- Gasto excesivo

- Escuchar voces
- Ver visiones u otras personas / objetos
- Creencias inusuales
- Mayor tristeza
- Llanto frecuente
- Pérdida de interés o placer en actividades
- Pérdida / ganancia de peso
- Insomnio
- Hipersomnia
- Problemas para concentrarse

- Mayor indecision
- Beber más
- Fumar más
- Comer más
- Comer menos
- Cambio en el deseo sexual o satisfacción
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____
- Otra: _____

Preocupación principal

Cómo podemos ayudar? Describa la principal dificultad que le ha llevado a vernos:_____

Quien lo refirió?

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Podemos tener su permiso para agradecer a esta persona por la remisión? Sí No

Cómo le explicó esta persona cómo podríamos serle de ayuda? _____

Otra: Internet Psicología Hoy Seguro

Notas de admisión (solo para el personal):

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¡Hola y bienvenido a Wright Wellness! La psicoterapia y el consejería no son una decisión fácil, y estamos contentos de que esté dispuesto a dar un paso hoy hacia su persona más saludable. Este documento de consentimiento informado contiene información importante sobre nuestros servicios profesionales y póliza comerciales. Léa lo detenidamente y avísenos si tiene alguna pregunta. Queremos que entienda lo mejor posible los servicios disponibles en Wright Wellness.

SERVICIOS DE PSICOTERAPIA Y CONSEJERIA

La psicoterapia y la consejería varían según las personalidades del terapeuta y el paciente, y las luchas particulares que traiga a la sesión. Hay muchos métodos diferentes que podemos usar para lidiar con las luchas que espera abordar. Las sesiones de psicoterapia y consejería no son como una visita al médico. En cambio, requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para que su terapia sea más exitosa, le recomendamos que trabaje en las cosas de las que hablamos tanto durante nuestras sesiones como en su casa.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La psicoterapia y la consejería pueden tener beneficios y riesgos. Dado que la psicoterapia y la consejería a menudo implican discutir algunos aspectos desagradables de su vida, es posible que sentira sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e desgano. Entonces, en otras palabras, puede ser más difícil inicialmente antes de que comience a sentir progreso y alivio. Por otro lado, se ha demostrado científicamente que la psicoterapia y la consejería tienen beneficios para una amplia variedad de personas y para la mayoría de los problemas o luchas. La terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Pero no hay garantías de lo que sentira.

SOBRE NUESTRAS CLINICAS

Consideramos que la psicoterapia y la consejería son colaborativos y, por lo tanto, queremos que tenga información completa sobre nuestra capacitación profesional y los enfoques de tratamiento relacionados para comprender mejor qué tipo de servicios brindamos.

Nuestro equipo está compuesto por profesionales de la salud con una amplia variedad de áreas de especialización. Para los servicios de consejería, nuestros consejeros con licencia incluyen psicólogos clínicos y consejeros profesionales. Además de la consejería, también contamos con servicios de yoga y "coaching" de

salud disponibles, ya sea como un servicio separado o además de su experiencia de consejería.

Para obtener más información sobre nuestro personal y consejeros y los servicios específicos que brindan, visite www.wrightwellness.me.

NUESTRO TRABAJO JUNTOS

Su primera consulta incluirá una evaluación de sus síntomas, necesidades y objetivos de la terapia. Al final de la evaluación, podremos ofrecerle algunas primeras impresiones de lo que incluirá nuestro trabajo y comenzar un plan de tratamiento a seguir, en caso de que decida continuar con la terapia. Debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones sobre si se siente cómodo trabajando con nosotros. La psicoterapia y la consejería implican un gran compromiso de tiempo, dinero y energía, por lo que debe tener mucho cuidado con el proveedor que seleccione. Si tiene preguntas sobre nuestros enfoques, deberíamos discutirlos siempre que surjan. Si sus dudas persisten, estaremos encantados de proporcionarle una lista de otros proveedores. Valoramos sus comentarios y queremos que colaboremos y trabajemos juntos para lograr sus objetivos.

Para ser claros, los psicólogos y consejeros nunca pueden tener ningún otro papel en su vida. No podemos, ahora ni nunca, ser amigos o socializar con ninguno de nuestros pacientes. No podemos ser terapeutas de alguien que ya es un amigo o un miembro de la familia, y nunca podremos tener una relación sexual, romántica o comercial con ninguno de nuestros pacientes durante o después del curso del tratamiento.

POLÍZA DE CANCELACIÓN

Por lo general, programamos una consulta de 50 a 55 minutos con una frecuencia que acordamos, aunque decidiremos la frecuencia del tratamiento después de la evaluación inicial. Una vez programada la hora de la cita, se espera que la pague a menos que proporcione un aviso de cancelación con **48 horas** de anticipación [a menos que ambos estemos de acuerdo en que no pudo asistir debido a circunstancias fuera de su control]. Si es posible, trabajaremos con usted para encontrar otro horario para cambiar la cita. Entendemos que circunstancias no planificadas pueden impedirle asistir a su consulta; sin embargo, le pedimos que se comunique con nosotros de manera oportuna para que podamos ofrecer ese espacio de cita a otra persona que lo necesite.

CONTACTANOS

A menudo no estamos disponibles inmediatamente por teléfono y no siempre estamos en la oficina. Hacemos nuestro mejor esfuerzo para regresar nuestras propias llamadas, pero no contestamos el teléfono cuando estamos con otro paciente. Si no estamos disponibles, también tiene la opción de dejar un mensaje de voz para nuestro asistente administrativo o enviarnos un correo electrónico (email). Haremos todo lo posible para regresar su mensaje lo antes posible, generalmente dentro de las 24 horas, a excepción de los fines de semana y días feriados. Si es difícil comunicarse con usted, infórmenos de las horas en que estará disponible.

Si no puede comunicarse con nosotros y se trata de una emergencia o crisis, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias de su hospital más cercano para recibir atención médica inmediata. Si hay una emergencia y nos preocupamos por su seguridad o la de otra persona, es posible que debamos llamar a su contacto de emergencia, a un familiar cercano o amigo.

Si no estaremos disponibles por un tiempo prolongado, le proporcionaremos el nombre de otro colega psicólogo o consejero para contactarlo cuando lo solicite.

CONFIDENCIALIDAD

En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre un paciente y un psicólogo o consejero está protegida por la ley, y solo podemos divulgar información sobre nuestro trabajo a otros con su permiso por escrito. **Sin embargo, existen algunas excepciones:**

Hay algunas situaciones en las que estamos legalmente obligados a tomar medidas para proteger a otros de daños, incluso si tenemos que revelar alguna información sobre el tratamiento de un paciente. Por ejemplo, si creemos que se está abusando o descuidando a un niño, una persona mayor o una persona incapacitada, debemos presentar un reporte a la agencia estatal correspondiente.

Si creemos que un paciente amenaza con causar daños corporales graves a otro, es posible que estamos obligados a tomar medidas de protección. Estas acciones pueden incluir notificar a la víctima potencial, contactar a la policía o buscar la hospitalización del paciente.

Si el paciente amenaza con hacerse daño a sí mismo, es posible que estemos obligados a buscar la hospitalización para él o ella o a contactar a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudar a brindarle protección.

Estas situaciones rara vez ocurren. Si ocurre una situación similar, haremos todo lo posible para hablar completamente con usted antes de tomar cualquier medida.

En la mayoría de los procedimientos legales, tiene derecho a evitar que divulguemos información sobre su tratamiento. En algunos procedimientos que involucran la custodia de los hijos y aquellos en los que su condición emocional es un tema importante, un juez puede ordenar nuestro testimonio en corte si se determina que los problemas lo exigen.

En ocasiones, es posible que nos resulte útil consultar a otros profesionales sobre un caso. Durante una consulta, hacemos todo lo posible para evitar revelar la identidad de nuestros pacientes. El consultor también está legalmente obligado a mantener la confidencialidad de la información. Si no está opuesto, no le informaremos sobre estas consultas a menos que consideremos que es importante para nuestro trabajo conjunto.

Además, ocasionalmente nos encontramos con pacientes fuera de la oficina. Si esto ocurre, lo guiaremos. Si nos saluda, también lo haremos, pero esperaremos a que se acerque a nosotros y haremos todo lo posible para que la interacción sea breve y para mantener su confidencialidad lo mejor que podamos.

También es importante tener en cuenta las limitaciones de la confidencialidad al comunicarse por correo electrónico. Aunque estamos abiertos a la comunicación por correo electrónico por razones específicas y haremos todo lo posible para mantener su confidencialidad, siempre existe un riesgo debido a virus, piratas informáticos, y "hackers," etc. Por lo tanto, si elige comunicarse con nosotros a través de correo electrónico o mensaje de texto, acepta y asume todos los riesgos asociados.

Si bien este resumen escrito de excepciones a la confidencialidad debería resultarle útil para informarle sobre posibles problemas, es importante que analicemos cualquier pregunta o inquietud que pueda tener en nuestra próxima reunión. Estaremos encantados de discutir estos temas con usted si necesita consejería.

específico, pero es posible que necesite consulta legal formal porque las leyes que rigen la confidencialidad son complejas y no somos un abogado.

HONORARIOS PROFESIONALES

El pago de los servicios es una parte importante de nuestro trabajo profesional conjunto. Brindamos servicios profesionales en base a pago por servicio. Todos nuestros consejeros aceptan pagos privados y están en la red con varias compañías de seguros. Para aquellos con los que estamos en red, podemos someter reclamos por sus consultas de consejería. Cuando utilice un seguro médico, tenga en cuenta que es responsable de los copagos, deducibles o cualquier monto asociado que su seguro no pague. Hacemos todo lo posible para confirmar la cobertura antes de su primer consulta, pero el pago del seguro nunca está garantizado hasta que se procesa la reclamación.

Nuestros consejeros están en la red con varias compañías de seguros y no todos están en la red con los mismos planes de seguro. Comuníquese con nosotros directamente o visite www.wrightwellness.me para obtener la lista más actualizada de planes de seguro aceptados por cada consejero. Si su consejero no acepta su seguro particular, usted tiene la opción de pagarle directamente y él / ella puede proporcionarle una "superfactura" para que la envíe a su compañía de seguros para un posible reembolso fuera de la red.

Además de las citas de consejería, cada consejero cobrará una tarifa por hora por otros servicios profesionales que pueda necesitar, incluido el papeleo, como cartas y otros documentos, aunque restará el costo por hora si trabaja por períodos de menos de una hora. Otros servicios pueden incluir redacción de informes, conversaciones telefónicas, asistencia a reuniones con otros profesionales que haya autorizado, preparación de registros o resúmenes de tratamientos y el tiempo dedicado a realizar cualquier otro servicio profesional que se le solicite, incluidas las citaciones judiciales. Tenga en cuenta que no podemos facturar a las compañías de seguros por estos servicios.

Los servicios adicionales disponibles incluyen servicios de yoga, "coaching" de salud y opciones de telesalud para consultas de consejería. Comuníquese con nosotros directamente o visite nuestro sitio web para obtener más información sobre estos servicios adicionales.

FACTURACIÓN Y PAGOS

Se espera que pague por cada sesión en el momento en que se lleve a cabo, a menos que acordamos lo contrario o que tenga una cobertura de seguro que requiera otro arreglo. Los horarios de pago de otros servicios profesionales se acordarán cuando se soliciten. En circunstancias de dificultades económicas inusuales, es posible que estemos dispuestos a negociar un ajuste de costo o un plan de pago.

Si su cuenta no ha sido pagada por más de 60 días y no se han acordado los arreglos para el pago, tenemos la opción de utilizar medios legales para asegurar el pago. Esto puede implicar la contratación de una agencia de colección o pasar por un corte de reclamos menores. Si dicha acción legal es necesaria, sus costos se incluirán en la reclamación. En la mayoría de las situaciones de cobranza, la única información que divulgamos con respecto al tratamiento de un paciente es su nombre, la naturaleza de los servicios prestados y el monto adeudado. Preferimos evitar esta opción y pedir a nuestros pacientes que trabajen con nosotros para liquidar cualquier saldo.

Aceptamos efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Le solicitamos que mantenga una tarjeta de crédito registrada con nosotros para fines de facturación, que se describen con más detalle en el formulario Acuerdo para la Autorización de la Tarjeta de Crédito.

REEMBOLSO DE SEGURO

Tenga en cuenta que nuestros consejeros están en red con varias compañías de seguros. Comuníquese con nosotros directamente o visite www.wrightwellness.me para obtener la lista más actualizada de planes de seguro aceptados por cada consejero.

Para las compañías de seguros que se consideran proveedores fuera de la red, podemos proporcionarle un estado de cuenta de "superfactura" que detalla los servicios prestados para que pueda enviar la información a su seguro para un posible reembolso fuera de la red.

Es importante tener en cuenta que pagar por los servicios de psicoterapia o consejería sin los beneficios del seguro le da tanto a su terapeuta como a usted un mayor control de su tratamiento. Sin embargo, también comprendemos los gastos de bolsillo del tratamiento y, por lo tanto, aceptamos los planes de seguro médico indicados anteriormente.

Para que podamos establecer objetivos y prioridades de tratamiento realistas, es importante evaluar qué recursos tiene disponibles para pagar su tratamiento. Si tiene una póliza de seguro médico, generalmente le brindará cierta cobertura para el tratamiento de salud mental. Podemos completar formularios y brindarle toda la asistencia que podamos para ayudarlo a recibir los beneficios a los que tiene derecho; sin embargo, usted es responsable del pago total de nuestras tarifas. Es muy importante que averigüe exactamente qué servicios de salud mental cubre su póliza de seguro.

Debe leer atentamente la sección de su folleto de cobertura de seguro que describe los servicios de salud mental. Si tiene preguntas sobre la cobertura, llame al administrador de su plan. Por supuesto, le proporcionaremos toda la información que podamos basándonos en nuestra experiencia y estaremos encantados de ayudarlo a comprender la información que reciba de su compañía de seguros.

Debido al aumento de los costos de la atención médica, los beneficios del seguro se han vuelto cada vez más complejos. A veces es difícil determinar exactamente cuánta cobertura de salud mental está disponible. Los planes de "atención médica administrada", como los HMO y PPO, a menudo requieren autorización antes de proporcionar el reembolso de los servicios de salud mental.

Estos planes a menudo se limitan a enfoques de tratamiento a corto plazo diseñados para resolver problemas específicos que interfieren con el nivel habitual de funcionamiento de una persona. Puede ser necesario buscar la aprobación para más terapia después de un cierto número de sesiones. Si bien se puede lograr mucho con la terapia a corto plazo, algunos pacientes sienten que necesitan más servicios después de que finalizan los beneficios del seguro. Algunos planes de HMOs y PPOs no nos permitirán brindarle servicios una vez que finalicen sus beneficios. Si este es el caso, haremos todo lo posible para encontrar otro proveedor que lo ayude a continuar con su psicoterapia o acordar un plan de pago privado.

También debe tener en cuenta que la mayoría de las compañías de seguros requieren que nos autorice a brindarles un diagnóstico clínico. A veces tenemos que proporcionar información clínica adicional, como planes de tratamiento o resúmenes, o copias del registro completo (en casos excepcionales). Esta información pasará a formar parte de los archivos de la compañía de seguros y probablemente se almacenará en una computadora. Aunque todas las compañías de

seguros afirman mantener la confidencialidad de dicha información, no tenemos control sobre lo que hacen con ella una vez que está en sus manos. En algunos casos, pueden compartir la información con un banco de datos de información médica nacional. Le proporcionaremos una copia de cualquier informe que enviemos, si lo solicita.

Una vez que tengamos toda la información sobre su cobertura de seguro, discutiremos qué podemos esperar lograr con los beneficios que están disponibles y qué sucederá si se agotan antes de que se sienta listo para finalizar nuestras sesiones. Es importante recordar que siempre tiene derecho a pagar los servicios usted mismo para evitar los problemas descritos anteriormente, que es un beneficio común de no utilizar los beneficios del seguro para psicoterapia o consejería.

EXPEDIENTES PROFESIONALES

Las leyes y estándares de tratamiento de salud mental requieren que mantengamos record de tratamiento. Puede solicitar por escrito una copia de sus record o podemos prepararle un resumen. Debido a que estos son records profesionales, pueden malinterpretarse y / o molestar a los lectores no capacitados. Si desea ver sus records, le recomendamos que los revise en nuestra presencia para que podamos discutir el contenido. A los pacientes se les cobrará una tarifa adecuada como se describe anteriormente por cualquier tiempo profesional dedicado a responder a las solicitudes de información.

MENORES

Si es menor de dieciocho años, tenga en cuenta que la ley les otorga a sus padres y / o tutores el derecho de examinar sus records de tratamiento. Es posible que solicitemos a los padres que acuerden ceder el acceso a sus records. Si están de acuerdo, es posible que les proporcionemos solo información general sobre nuestro trabajo conjunto, a menos que consideremos que existe el riesgo de que se lastime gravemente a sí mismo oa otra persona. En este caso, les notificaremos nuestra inquietud. También podemos proporcionarles un resumen de su tratamiento. Antes de brindar cualquier información, haremos todo lo posible para discutir el asunto con usted, si es posible, y haremos todo lo posible para manejar cualquier inquietud que pueda tener.

DESCARGA / TERMINACIÓN

Recuerde que si pierde una cita fijada y no llama a la oficina para fijar otra cita dentro de los 30 días, lo consideraremos como su aviso de que ha decidido terminar el tratamiento con nosotros. En el caso de la muerte o incapacidad de su terapeuta, usted autoriza a Wright Wellness a tomar las medidas adecuadas para encontrar un custodio adecuado de sus records.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS

Háganos saber de inmediato si tiene alguna pregunta, inquietud o queja primero, ya que siempre nos esforzaremos por resolver el problema y trabajar con usted lo mejor que podamos. Sin embargo, si no podemos resolver el problema y / o cree que alguna vez ha sido tratado injustamente por alguno de nuestros consejeros u otro profesional de salud mental, también puede comunicarse con la junta estatal de licencias. Cualquiera que desee presentar una queja contra un profesional de la salud en este estado puede llamar al sistema gratuito de referencia de quejas del Consejo de Profesiones de la Salud: 1-800-821-3205. Este número automatizado para todo el estado dirige al denunciante a la agencia de licencias correspondiente. El Consejo Ejecutivo de Salud del comportamiento de Texas investiga y procesa la mala conducta profesional cometida por terapeutas matrimoniales y familiares, consejeros profesionales, psicólogos, psicológicos asociados, trabajadores sociales y especialistas con licencia en psicología escolar. Aunque no todas las quejas o disputas con un titular de licencia implican mala conducta profesional, el Consejo Ejecutivo le proporcionará información sobre cómo presentar una queja. Llame al 18008213205 para obtener más información; Dirección: 333 Guadalupe St, Tower 3, Room 900 | Austin, Texas 78701; <https://www.bhec.texas.gov/index.html>.

Actualizado 30/03/2021

PÁGINA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconozco que he recibido, he leído (o me han leído) y entiendo la información sobre la psicoterapia o la consejería que estoy considerando. Me han respondido todas mis preguntas en su totalidad y acepto cumplir con los términos descritos anteriormente.

Por la presente solicito y doy mi consentimiento para participar en el tratamiento por parte del psicólogo o consejero con el que he elegido trabajar. Entiendo que desarrollar un plan de tratamiento con este terapeuta y revisar regularmente nuestro trabajo para lograr los objetivos del tratamiento es lo mejor para mí. Acepto desempeñar un papel activo en este proceso.

Entiendo que no se nos ha hecho ninguna promesa en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquier procedimiento proporcionado por el psicólogo o consejero.

Soy consciente de que puedo interrumpir mi tratamiento con este psicólogo o consejero en cualquier momento. De lo único que seguiré siendo responsable es de pagar los servicios que ya he recibido. Entiendo que podría perder otros servicios o podría tener que lidiar con otros problemas si interrumpo el tratamiento.

Sé que debo llamar para cancelar una cita al menos 48 horas antes de la hora de la cita. Si no cancelo y no me presento, se me cobrará esa cita.

Soy consciente de que si utilizo un seguro, un agente de mi compañía de seguros u otro pagador externo puede recibir información sobre el tipo (s), costo (s), fecha (s) y proveedores de cualquier servicio o tratamiento que yo recibir.

Entiendo que si no se realiza el pago por los servicios que recibo en Wright Wellness, el psicólogo o el consejero pueden detener mi tratamiento.

Su firma a continuación indica que ha leído la información de este documento y acepta cumplir con sus términos durante nuestra relación profesional.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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.

La privacidad es una preocupación muy importante para todos los que vienen a esta oficina. También es complicado, debido a las muchas leyes federales y estatales y nuestra ética profesional. Debido a que las reglas son tan complicadas, algunas partes de este aviso son muy detalladas y probablemente tendrá que leerlas varias veces para comprenderlas. Si tiene alguna pregunta, estaremos disponible de ayudarle a comprender nuestros procedimientos y sus derechos.

Contenido de este aviso

1. Introducción: A nuestras pacientes.
2. Qué queremos decir con su información médica
3. Privacidad y leyes sobre privacidad
4. Cómo se puede usar y compartir su información médica protegida
 1. Usos y divulgaciones con su consentimiento
 - a. Los usos y divulgaciones básicos: Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica
 - b. Otros usos y divulgaciones en el cuidado de la salud
 2. Usos y divulgaciones que *requieren* su autorización
 3. Usos y divulgaciones que *no requieren* su consentimiento o autorización
 - a. Cuando lo requiera la ley
 - b. Para fines de aplicación de la ley
 - c. Para actividades de salud pública
 - d. Relativo a los difuntos
 - e. Para funciones gubernamentales específicas
 - f. Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
 4. Usos y divulgaciones en los que tiene *la oportunidad de objetar*
 5. Un recuento de las divulgaciones que hemos realizado.
5. Sus derechos con respecto a su información médica y de salud mental
6. Si tiene preguntas o problemas

Introducción: A nuestras pacientes.

Este aviso le indicará cómo manejamos su información médica y de salud mental. Indica cómo usamos esta información aquí en esta oficina, cómo la compartimos con otros profesionales y organizaciones, y cómo puede verla. Queremos que sepa todo esto para que pueda tomar las mejores decisiones para usted y su familia. Si tiene alguna pregunta o desea saber más sobre algo en este aviso, solicítenos más explicaciones o más detalles.

Qué entendemos por su información médica

Cada vez que nos visita o nos visita al consultorio médico, hospital, clínica u otro proveedor de atención médica, se recopila información sobre usted y su salud física y mental. Puede ser información sobre su salud o afecciones pasadas, presentes o futuras, o las pruebas y el tratamiento que recibió de mí o de otras personas, o sobre el pago de la atención médica. La información que recopilamos de usted se

llama "PHI", que significa "información médica protegida". Esta información se incluye en sus records médicos o de atención médica en nuestra oficina.

En esta oficina, es probable que su PHI incluya este tipo de información:

- Tu historia: cosas que te sucedieron cuando eras niño; su escuela y experiencias laborales; su matrimonio y otros antecedentes personales.
- Razones por las que vino para recibir tratamiento: sus inquietudes, quejas, síntomas o necesidades.
- Diagnósticos: estos son los términos médicos para sus problemas o síntomas.
- Un plan de tratamiento: esta es una lista de los tratamientos y otros servicios que creemos que lo ayudarán mejor.
- Notas de progreso: cada vez que ingresa, escribimos algunas cosas sobre cómo está, lo que notamos sobre usted y lo que nos dice.
- Records que obtenemos de otras personas que lo trataron o evaluaron.
- Resultados de exámenes psicológicos, records escolares y otros informes.
- Información sobre los medicamentos que tomó o está tomando.
- Asuntos legales.
- Información de facturación y seguro
- También puede haber otros tipos de información que se incluyan aquí en sus records de atención médica.

Usamos PHI para muchos propósitos. Por ejemplo, podemos usarlo:

- Para planificar su atención y tratamiento.
- Para decidir qué tan bien están funcionando nuestros tratamientos para usted.
- Cuando hablamos con otros profesionales de la salud que también lo están tratando, como su médico de cabecera o el profesional que lo refirió a nosotros.
- Para demostrar que realmente recibió nuestros servicios, que le facturamos a usted oa su compañía de seguro médico.
- Para enseñar y formar a otros profesionales sanitarios.
- Para investigación médica o psicológica.
- Para los funcionarios de salud pública que intentan mejorar la atención médica en esta zona del país.
- Mejorar la forma en que hacemos nuestro trabajo midiendo los resultados de nuestro trabajo.

Cuando comprenda qué hay en su record y para qué se utiliza, podrá tomar mejores decisiones sobre quién, cuándo y por qué otras personas deberían tener esta información.

Aunque somos el custodio de sus record de atención médica en nuestra oficina, la información le pertenece a usted. Puede leer sus records y, si desea una copia, podemos hacer una para usted (pero le cobraremos los costos de copia y envío por correo, si desea que se la envíen por correo). En algunas situaciones muy raras, no puede ver todo lo que está en sus records. Si encuentra algo en sus records que cree que es incorrecto o cree que falta algo importante, puede solicitarnos que modifiquemos (corijamos información) a sus records, aunque en algunas situaciones poco comunes no tenemos que aceptar hacerlo. Podemos explicar más sobre esto si así lo solicita.

Privacidad y leyes sobre privacidad

Estamos obligados a informarle sobre la privacidad debido a una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). La HIPAA nos exige que mantengamos la privacidad de su PHI y le proporcionemos este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Obedeceremos las reglas descritas en este aviso. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, se aplicarán a toda la PHI que conservamos. También publicaremos el nuevo aviso de prácticas de privacidad en nuestra oficina, donde todos puedan verlo. Usted o cualquier otra persona también puede obtener una copia en nuestra oficina en cualquier momento. También se publica en nuestro sitio web en www.wrightwellness.me.

Cómo se puede usar y compartir su información médica protegida

Excepto en algunas circunstancias especiales, cuando usamos su PHI en esta oficina o la divulgamos a otros, solo compartimos la PHI mínima necesaria para que esas otras personas hagan su trabajo. La ley le da derecho a conocer su PHI, a saber cómo se usa y a opinar sobre cómo se comparte. Por eso te contaremos más sobre lo que hacemos con tu información.

Principalmente, usaremos y divulgaremos su PHI con fines de rutina para brindarle atención, y explicaremos más sobre esto a continuación. Para otros usos, debemos informarle sobre ellos y pedirle que firme un formulario de autorización por escrito. Sin embargo, la ley también dice que hay algunos usos y divulgaciones que no necesitan su consentimiento o autorización.

Usos y divulgaciones con su consentimiento

Después de leer este aviso, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento por separado para permitirme usar y compartir su PHI. Si tenemos la intención de usar su PHI aquí o compartirla con otras personas u organizaciones para brindarle tratamiento, coordinar el pago de nuestros servicios o algunas otras funciones comerciales llamadas "operaciones de atención médica", necesitaremos su consentimiento. En otras palabras, necesitamos información sobre usted y su afección para brindarle atención. Debe aceptar que recopilemos la información, la usemos y la compartamos para brindarle atención adecuada.

Los usos y divulgaciones básicos: Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Para tratamiento. Usamos su información médica para brindarle tratamientos o servicios psicológicos. Estos pueden incluir terapia individual, familiar o grupo; pruebas psicológicas, educativas o vocacionales; planificación del tratamiento; o medir los beneficios de nuestros servicios. Podemos compartir su PHI con otras personas que le brinden tratamiento. Podemos compartir su información con su médico/doctor personal. Si está siendo tratado por un equipo, podemos compartir parte de su PHI con los miembros del equipo, para que los servicios que reciba funcionen mejor juntos. Los otros profesionales que lo tratan también ingresarán sus hallazgos, las acciones que tomaron y sus planes en su record médico, para que podamos decidir qué tratamientos funcionan mejor para usted y elaborar un plan de tratamiento. Podemos derivarlo a otros profesionales o consultores para servicios que no podemos brindar. Cuando hacemos esto, debemos informarles cosas sobre usted y sus condiciones. Recuperaremos sus hallazgos y opiniones, y esos irán a sus records aquí. Si recibe tratamiento en el futuro de otros profesionales, también podemos compartir su PHI con ellos. Estos son algunos ejemplos para que pueda ver cómo usamos y divulgamos su PHI para el tratamiento.

Para pago. Podemos utilizar su información para facturarle a usted, a su seguro u otros, para que podamos recibir el pago de los tratamientos que le proporcionamos. Es posible que nos comuniquemos con su compañía de seguros para averiguar exactamente qué cubre su seguro. Es posible que tengamos que informarles sobre sus diagnósticos, qué tratamientos ha recibido y los cambios que esperamos en sus afecciones. Tendremos que informarles sobre cuándo nos conocimos, su progreso y otras cosas similares.

Para operaciones sanitarias. Usar o divulgar su PHI para operaciones de atención médica va más allá de nuestra atención y su pago. Por ejemplo, podemos usar su PHI para ver dónde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que brindamos. Es posible que se nos solicite que proporcionemos información a algunas agencias de salud gubernamentales para que puedan estudiar los trastornos y el tratamiento y hacer planes para los servicios que se necesitan. Si lo hacemos, su nombre e información personal se eliminarán de lo que enviamos.

Otros usos y divulgaciones en el cuidado de la salud

Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar su PHI para fijar o recordarle citas para tratamiento u otra atención. Si desea que lo llamemos o le escribamos solo a su hogar o su trabajo, o si prefiere alguna otra forma de comunicarnos con usted, generalmente podemos arreglarlo. Cuéntanoslo.

Alternativas de tratamiento. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle o recomendarle posibles tratamientos o alternativas que puedan ser de ayuda para usted.

Otros beneficios y servicios. Podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

Investigar. Podemos usar o compartir su PHI para realizar encuestas para mejorar los tratamientos, por ejemplo, comparar dos tratamientos para el mismo trastorno, para ver cuál funciona mejor, más rápido o cuesta menos. En todos los casos, su nombre, dirección y otra información personal se eliminará de la información proporcionada a los investigadores. Si necesitan saber quién es usted, discutiremos el proyecto de investigación con usted y no le enviaremos ninguna información a menos que firme un formulario de autorización especial.

Socios de negocio. Podemos contratar a otras empresas para que realicen algunos trabajos por nosotros. En la ley, se les llama nuestros "socios comerciales". Los ejemplos incluyen un servicio de copia para hacer copias de sus records médicos y un servicio de facturación para averiguar, imprimir y enviar nuestras facturas. Estos socios comerciales necesitan recibir parte de su PHI para hacer su trabajo correctamente. Para proteger su privacidad, han acordado en su contrato conmigo salvaguardar su información.

Usos y divulgaciones que requieren su autorización

Si queremos utilizar su información para cualquier propósito además de los descritos anteriormente, necesitamos su permiso en un formulario de autorización. No esperamos necesitar esto muy a menudo. Si nos permite usar o divulgar su PHI, puede cancelar ese permiso por escrito en cualquier momento. Entonces dejaríamos de usar o divulgar su información para ese propósito. Por supuesto, no podemos recuperar ninguna información que ya hayamos divulgado o utilizado con su permiso.

Usos y divulgaciones que no requieren su consentimiento o autorización.

La ley nos permite usar y divulgar parte de su PHI sin su consentimiento o autorización en algunos casos. A continuación, se muestran algunos ejemplos de cuándo podríamos hacer esto.

Quando lo requiera la ley. Existen algunas leyes federales, estatales o locales que nos exigen divulgar su PHI:

- Tenemos que reportar sospechas de abuso de menores. Si está involucrado en una demanda o procedimiento legal, y recibimos una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, es posible que tengamos que divulgar parte de su PHI. Solo lo haremos después de intentar informarle sobre la solicitud, consultar a su abogado o intentar obtener una orden judicial para proteger la información que solicitó. Tenemos que revelar cierta información a las agencias gubernamentales que nos supervisan para ver si estamos obedeciendo las leyes de privacidad.

Para fines de aplicación de la ley. Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para investigar un delito o un delito.

Para actividades de salud pública. Podemos divulgar parte de su PHI a agencias que investigan enfermedades o lesiones.

Relativo a los difuntos. Podemos divulgar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y a organizaciones relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

Para funciones gubernamentales específicas. Podemos divulgar la PHI del personal militar y los veteranos a programas de beneficios del gobierno relacionados con la elegibilidad y la inscripción. Podemos divulgar su PHI a programas de compensación para trabajadores y incapacidad, a instalaciones correccionales si es un recluso oa otras agencias gubernamentales por razones de seguridad nacional.

Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad. Si llegamos a creer que existe una amenaza grave para su salud o seguridad, o la de otra persona o el público, podemos divulgar parte de su PHI. Solo haremos esto a personas que puedan prevenir el peligro.

Usos y divulgaciones en las que tiene la oportunidad de objetar

Podemos compartir información sobre usted con su familia o con otras personas cercanas. Solo compartiremos información con las personas involucradas en su atención y cualquier otra persona que elija, como amigos cercanos o miembros del clero. Le preguntaremos a qué personas quiere que les diga y qué información quiere que les dé sobre su enfermedad o tratamiento. Puede decirme lo que quiere y respetaremos sus deseos siempre que no sea contra la ley.

Si se trata de una emergencia, por lo que no podemos preguntarle si no está de acuerdo, podemos compartir información si creemos que es lo que usted hubiera querido y si creemos que le ayudará si la compartimos. Si compartimos información, en una emergencia, se lo informaremos tan pronto como podamos. Si no lo aprueba, nos detendremos, siempre que no sea contra la ley.

Un informe de las divulgaciones que hemos realizado. Cuando divulgamos su PHI, debemos mantener algunos records de a quién se la enviamos, cuándo la enviamos y qué enviamos. Puede obtener un informe (una lista) de muchas de estas divulgaciones.

Sus derechos con respecto a su información médica

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado que sea más privado para usted. Por ejemplo, puede pedirnos que lo llamemos a su casa, y no al trabajo, para programar o cancelar una cita. Haremos todo lo posible para hacer lo que solicite.
- Tiene derecho a pedirnos que limitemos lo que les decimos a las personas involucradas en su atención o con el pago de su atención, como familiares y amigos. No tenemos que estar de acuerdo con su solicitud, pero si estamos de acuerdo, la respetaremos, excepto cuando sea contra la ley, en una emergencia o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento.
- Tiene derecho a ver la información médica que tenemos sobre usted, como sus records médicos, de salud mental, y de facturación. Puede obtener una copia de estos records, pero es posible que le cobremos.
- Si cree que la información en sus records es incorrecta o falta algo importante, puede pedirnos que agreguemos sus records para corregir la situación. Debe realizar esta solicitud por escrito y enviarla a la dirección de nuestra oficina. También debe informarnos las razones por las que desea realizar los cambios.
- Tiene derecho a una copia de este aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el nuevo en nuestra área de espera y siempre podrá obtener una copia de nosotros.
- Tiene derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Presentar una queja no cambiará la atención médica que le brindamos de ninguna manera.
- Es posible que tenga otros derechos que le otorgan las leyes de nuestro estado, y estos pueden ser iguales o diferentes a los derechos descritos anteriormente. Estaremos encantados de discutir estas situaciones con usted ahora o cuando surjan.

Si tiene preguntas o problemas

Si necesita más información o tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad descritas anteriormente, comuníquese con nosotros directamente al número de oficina anterior. Si tiene un problema con la forma en que se ha manejado su PHI, o si cree que se han violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros. Como se indicó anteriormente, tiene derecho a presentar una queja ante nosotros y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Prometemos que no limitaremos de ninguna manera su atención aquí ni tomaremos ninguna medida en su contra si se queja. Si tiene alguna pregunta o problema sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de la información médica, comuníquese con nosotros directamente al número de oficina anterior.

Fecha de vigencia del aviso 08/09/2014

Página de firma del Aviso de prácticas de privacidad

Su firma a continuación reconoce que ha leído nuestro aviso de prácticas de privacidad (NPP), que explica con más detalle cuáles son sus derechos y cómo podemos usar y compartir su información:

_____ Nombre impreso

_____ Firma del NPP de reconocimiento individual

_____ Fecha

Puede quedarse con una copia del NPP. Devuelva esta página de firmas a Wright Wellness, PLLC para el mantenimiento de records.

El paciente no está de acuerdo con las prácticas de privacidad explicadas anteriormente.

_____ Wright Wellness, Proveedor de LLC

_____ Fecha

Acuerdo de pago de servicios profesionales

Solicito que Wright Wellness, LLC me brinde servicios profesionales y acepto pagar los honorarios (descritos en el folleto de Consentimiento Informado y una copia adjunta a este acuerdo) por estos servicios al final de cada sesión. Acepto que esta relación financiera con este proveedor continuará mientras el proveedor brinde servicios o hasta que le informe, en persona o por correo certificado, que deseo terminarla. Estoy de acuerdo en hacer todo lo posible para discutir mis inquietudes con este proveedor al menos una vez antes de interrumpir la terapia. Acepto pagar los servicios que se me brinden hasta el momento en que termine la relación profesional.

Entiendo que los saldos como copagos, deducibles, montos compartidos del seguro o cargos por citas se facturan el día hábil posterior a las citas y luego se procesan automáticamente a mi método de pago predeterminado durante la noche. Esta función se llama Pago automático y puede pausarse si necesito programar el pago para una fecha posterior o si uso un método de pago diferente. Si deseo pausar o cancelar el pago automático para hacer un arreglo de pago diferente, entiendo que debo comunicarme con Wright Wellness de inmediato. Si decido no participar en AutoPay, acepto realizar un pago después de cada sesión, a menos que discuta lo contrario con mi proveedor. Entiendo que aún debo agregar una tarjeta de crédito para que se mantenga en el archivo de forma segura, aunque elijo optar por no participar en AutoPay. Entiendo que puedo inscribirme automáticamente en AutoPay si olvido pagos hasta que solicite volver a optar por no participar o hacer otros arreglos de pago, o mis servicios con Wright Wellness pueden pausarse.

También acepto pagar y autorizo a Wright Wellness a cargar mi tarjeta de crédito/débito en su totalidad por cualquier aviso tardío/cargo por no presentarse o cualquier saldo que tenga 30 días de atraso en mi cuenta (incluidos copagos, deducibles, otros servicios profesionales o cualquier cantidad no cubierta por mi seguro) a menos que se haya discutido otro arreglo. Entiendo que los servicios pueden pausarse hasta que se realice el pago. Si programo pagos, entiendo que la cantidad acordada será procesada en o después de la fecha solicitada. Entiendo la importancia de la comunicación con Wright Wellness con respecto a mis pagos, y que puedo comunicarme con Wright Wellness si tengo preguntas generales sobre facturación, planes de pago o si solicito la exclusión del pago automático llamando o enviando un mensaje de texto a nuestro gerente de facturación al 682.226.6327 o enviando un correo electrónico billing@wrightwellness.me.

Estoy de acuerdo en que soy responsable en última instancia de los cargos por los servicios que me brinde este proveedor, aunque otras personas o compañías de seguros también pueden hacer pagos por mi tratamiento.

Nombre impreso como se muestra en la tarjeta de crédito / débito: _____

Dirección de facturación completa: _____

Número de Tarjeta de Crédito: _____ **CCV:** _____

fecha de caducidad: ____ / ____ **Firma del titular:** _____

Firma del paciente

Fecha