

Date:



Registration Del Paciente

Informacion del Paciente: Primer Nombre:		Inicial del Segundo Nombre:	Apellido
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:		Genero:
Direccion:		Ciudad:	Estado: Codigo Postal:
<p>Alliance Mental Health Specialists cumplen con HIPAA y otras leyes o normas de privacidad y seguridad con respecto al acceso, uso o divulgación de información de salud protegida (PHI) o información de salud protegida electrónicamente (E PHI). Alliance Mental Health Specialists requiere su consentimiento para comunicarle información confidencial a través de medios electrónicos (es decir, teléfono, correo electrónico, etc.). Marque las casillas correspondientes y proporcione la información de contacto si está de acuerdo. Usted puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. No se cobra por usar estos servicios, pero cargos de mensajes de texto pueden aplicarse según lo estipulado por el plan con su compañía Celular (comuníquese con su proveedor para conocer los planes de precios y los detalles).</p>			
Telefono Celular	Pueden llamarme o enviarme mensaje de Texto a mi celular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		:
Telefono de Casa	Pueden contactarme a mi teléfono de casa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		:
Correo Electronico	Puede contactarme a mi correo electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		:
<input type="checkbox"/> Puede enviar correos electrónicos/documentos sin encriptar. <input type="checkbox"/> Puedo recibir la siguiente información por correo electrónico: - Información General (i.e. citas, requerimientos, etc.) - Reportes, plan de tratamiento, etc. relacionado con el tratamiento que podría incluir detalles específicos De este mismo y/o acerca de mi salud mental. Este Correo electrónico también se usara para acceder a su portal de paciente.			
<p><i>Autorizo a Alliance Mental Health Specialists a que me comuniquen información confidencial por los medios indicados anteriormente.</i></p> <p>Firma del Paciente: _____</p>			
Nombre del contacto de Emergencia:		Telefono:	Relacion:
Farmacia/Calles Principales:		Telefono:	Numero de Fax:
Medico Familiar:		Telefono:	Numero de Fax:
Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante-Med-Tiempo Nombre del Empleador: _____ Ocupación: _____			
Raza/ Etnicidad (Por favor marque todas las que aplique): <input type="checkbox"/> Indio de América o Nativo de American <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino / Otro Origen Español <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasiana <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Idioma de Preferencia: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español	
Religión: <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Cristiano: _____ <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Musulman <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Referido Por: _____		Telefono #: _____	

Date:



ALLIANCE
MENTAL HEALTH SPECIALISTS

Forma de Consentimiento General de Cuidado y Tratamiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su afección (condición) y el procedimiento quirúrgico, médico o del diagnóstico recomendado que se utilizará, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de saber los riesgos y peligros involucrados. Hasta este momento de su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y / o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar una evaluación y tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento seguirá siendo efectivo hasta que se revoque por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de discontinuar servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le pida. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un psiquiatra y / o proveedor de nivel medio (Enfermero Practicante, Asistente Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según lo considere necesario, para realizar evaluaciones, pruebas y tratamientos médicos o psiquiátricos razonables y necesarios por la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la (s) prueba (s) o procedimiento (s).

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y acepto total y voluntariamente sus contenidos.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre Impreso del Paciente o Representante

Relación con el Paciente

Nombre Impreso del Testigo

Título del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Date:



ALLIANCE

MENTAL HEALTH SPECIALISTS

CONCENTIMIENTO DE COMUNICACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____ Fecha de Nacimiento _____

1. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Acuerdo Financiero.

- Reconozco, que como cortesía, Alliance Mental Health Specialists pueden verificar los beneficios del seguro y facturarle a mi compañía de seguro por los servicios que me han proporcionado.
- Acepto pagar los servicios que no están cubiertos o cargos cubiertos que no se pagaron en su totalidad, incluidos entre otros, cualquier copago, co-seguro y/o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que hay una tarifa por cheques devueltos.

2. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Colección de Terceros. Reconozco que Alliance Mental Health Specialists pueden utilizar los servicios de un asociado comercial o una entidad afiliada de terceros como una oficina comercial extendida ("EBO Servicer") para la facturación y el servicio de la cuenta médica.

3. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Asignación de Beneficios. Por la presente, asigno a Alliance Mental Health Specialists cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles que son proporcionados para mis servicios de atención médica. Entiendo que Alliance Mental Health Specialists tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de dichos beneficios. Si estos beneficios no están asignados a Alliance Mental Health Specialists, acepto reenviar todos los pagos de seguro de salud o de terceros que recibo por los servicios que me prestaron inmediatamente después de recibirlos

4. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Certificación de Paciente de Medicare y Asignación de Beneficios. Certifico que la información que proporciono, si corresponde, para solicitar el pago según el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito el pago de los beneficios autorizados que se harán en mi nombre a Alliance Mental Health Specialists por parte del programa Medicare o Medicaid.

5. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Consentimiento a Llamadas Telefónicas para Comunicaciones Financieras. Acepto que, para que Alliance Mental Health Specialists o los Administradores de la Oficina Comercial Extendida (EBO) y los agentes de cobranza puedan realizar el servicio de mi cuenta o cobrar cualquier monto que deba, acepto y acepto expresamente que Alliance Mental Health Specialists o EBO Servicer y los agentes de cobranza pueden contactarme por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación de conexión inalámbrica, que he proporcionado o Alliance Mental Health Specialists o EBO Servicer y los agentes de cobro han obtenido o, a cualquier número de teléfono reenviado o transferido desde ese número, con respecto a los servicios rendidas, o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda

6. _____ (Iniciales del Paciente o Tutor)

Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma del Paciente o Representante Personal:

Fecha: _____

Date:



ALLIANCE
MENTAL HEALTH SPECIALISTS

HIPAA Formulario de Reconocimiento y Consentimiento para Pacientes

NOMBRE DE PACIENTE _____ **Fecha de Nacimiento** _____

_____ (Iniciales del Paciente o Representante) **Aviso de Practicas de Privacidad**

Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos, entiendo que puedo comuníquese con el Oficial de Privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor y / o los socios comerciales del proveedor. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en la Notificación de Prácticas de Privacidad de la práctica.

_____ (Iniciales del Paciente o Representante) **Divulgación de Información**

Por la presente, autorizo a la práctica y a los médicos u otros profesionales de la salud que participan en la atención hospitalaria o ambulatoria a divulgar información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica con respecto a una (s) admisión (es) previa (s) en otras instalaciones afiliadas de HCA puede ponerse a disposición de las instalaciones de admisión afiliadas a HCA para coordinar la atención del paciente o para fines de administración de casos. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente para verificar las preguntas de cobertura o pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo bajo compensación laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso médico, notas de la enfermera, consultas, informes psicológicos y / o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradores u otros participantes de la industria de atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr los objetivos que puede incluir pero no se limita a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuyendo el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información para fines de mejora de la calidad; y cualquier otro propósito que permita la ley. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y / o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Date: _____



ALLIANCE

MENTAL HEALTH SPECIALISTS

_____ (Iniciales del Paciente o Representante) **Recolección de Ordenes de Medicamentos Recetados.**

Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar recoja una orden de recetas (Prescripción) de la oficina de su médico. Para que podamos divulgar una receta a su familiar o amigo, necesitaremos tener un registro de su nombre. Antes de entregar la prescripción, su persona designada deberá presentar una identificación válida con foto y firmar para obtener la receta.

_____ (Iniciales del Paciente o Representante) Deseo designar a la siguiente persona para que retire una orden de medicamentos recetados en mi nombre:

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

_____ (Iniciales del Paciente o Representante) **No deseo designar** a nadie para que retire mi orden de medicamentos recetados.

Firma del Paciente/Tutor/Representate _____

Fecha: _____

Nombre (Impreso) del Paciente/Tutor/Representate _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____