

FORMULARIO DE REGISTRO DE PROGENY PSYCHIATRIC CLINIC

Fecha de Hoy:

Doctor de Cabecera:

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:

Primer Nombre:

Nombre del Medio:

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a)
Divorciado(a)

¿Este es su nombre legal?

¿Si no, Cual es su nombre legal?

Previo Nombre:

Fecha de
Nacimiento:

Edad:

Sexo:

☐ Yes ☐ No

☐ M ☐ F

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Seguro Social:

Numero de Teléfono de Casa:

Numero de Celular:

Otro Numero de Teléfono:

Ocupación:

Empleado:

Correo Electrónico:

Referido a la clínica por (Nombre de clínica/Doctor(a)):

Otros miembros de la familia que vean aquí:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor, dé su tarjeta de seguro y tarjeta de conducir/tarjeta de identificación a la recepcionista.)

Nombre del seguro primario:

Tipo de seguro primario:

Medicare

Medi-Cal

PPO

HMO

CASH

El nombre del suscriptor:

Póliza/Miembro ID#:

Grupo #:

Co-pago:

\$

La relación del paciente con el suscriptor:

| Otro:

| Contacto del suscriptor#:

Nombre del seguro secundario:

Tipo de seguro secundario:

Medicare

Medi-Cal

PPO

HMO

El nombre del suscriptor:

Póliza/Miembro ID#:

Grupo #:

Contacto de Póliza #:

La relación del paciente con el suscriptor:

| Otro:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o pariente local:

Relación con el paciente:

Teléfono de Casa #:

Teléfono de Trabajo#:

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a la compañía de seguros a liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente/Tutor

Fecha



Dirección & Cambio de Número de Teléfono

- Es importante que tengamos su información de dirección correcta en el archivo. Por favor avisenos siempre que haya algún cambio en su dirección, teléfono, u información de contacto.

Copagos, Deducibles y Coaseguros

- Los copagos se recogen en el momento registro.
- Los deducibles de seguro y las tarifas por servicios no cubiertos por su póliza de seguro, si se conocen, se deben en el momento en que el servicio es prestado. Aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.

Facturación

- Si usted debe dinero adicional después de su visita, usted puede esperar recibir un estado de cuenta. Las declaraciones se envían mensualmente. Pagos se espera dentro de 10 días de recepción de su factura.

La Falta de Pago

- Los pacientes que ignoran los avisos de cobro y no pagan su saldo se arriesgan a calificaciones crediticias negativas y posibles despido de la práctica.
- Las cuentas vencías pasadas pueden obstaculizar su capacidad para tener citas programadas.
- Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de \$25 y su cuenta se colocará en un "solo efectivo." Aceptaremos pagos sólo en efectivo o tarjeta de crédito hasta que su balance sea aclarado.

Faltas o Citas Canceladas Tarde

- Si no se dan 24 horas de aviso de cancelación o si no se mantiene su cita programada puede resultar en un cargo de \$50 hasta \$100. Las llamadas de recordatorio se hacen como cortesía; es su responsabilidad mantener su cita. Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido vistos en el tiempo reservado para usted. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa por citas canceladas o perdidas. Si debe cancelar una cita, Progeny requiere un mínimo de 24 horas de aviso.

Llegadas Tardías

- Si llega tarde, es la discreción de los proveedores verlo ese día o solicitar reprogramar para una fecha futura. Llamar para notificar de llegada tardía no garantiza que se le vea, ya que no tenemos un período de gracia.

Papeleo & Formularios

- Hay una tarifa administrativa por completar formularios como DMV, formas de capacidades mentales, FMLA, y discapacidad, etc. La mayoría de las formas puede que requieran hasta 15 días de trabajo para completar.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____ Fecha: _____



Progeny Psychiatric Clinic

Consentimiento informado para realizar una evaluación psicológica

Bienvenidos al grupo psiquiátrico Progeny. Este formulario proporcionará información sobre nuestros servicios y sobre sus derechos y responsabilidades como cliente. Por favor, asegúrese de discutir cualquier pregunta con su médico. Su firma en la parte inferior indica que entiende la información y consiente libremente en participar en esta evaluación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que la información obtenida en esta evaluación es confidencial y no será liberada a ninguna persona u organización sin mi permiso por escrito. (*Esta versión está disponible en nuestra oficina o puede completarse con cualquier persona a la que desee dar dicho acceso y, a continuación, se nos proporciona.*) Las únicas excepciones a esta póliza son situaciones raras en las que la ley le exige que libere información con o sin mi permiso. Estos son: 1) si hay evidencia de abuso físico y/o sexual de niños o abuso a los ancianos; 2) si juzgas que estoy en peligro de hacerme daño a mí mismo o a otra persona; y 3) si mis registros son citados por el Tribunal. En el raro caso de cualquiera de estas situaciones, usted intentaría discutir sus intenciones conmigo antes de tomar una acción, y usted limitaría la divulgación de información confidencial al mínimo necesario para asegurar la seguridad.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Póliza de privacidad

*La confidencialidad es el derecho legal a la privacidad de todos los pacientes que reciben servicios psiquiátricos y psicológicos. Tal como, toda la información personal presentada a esta oficina no será discutida con personas o agentes fuera de esta oficina, excepto según lo autorizado por una liberación escrita o según lo exija la ley. **Sin embargo, hay excepciones a la confidencialidad.** Por favor, tenga en cuenta que toda la información discutida en esta oficina permanecerá confidencial, excepto bajo las siguientes condiciones establecidas en este acuerdo:*

- Usted consiente por escrito para que Progeny Psychiatric Clinic libere y divulgue información.
- Una violación de la confidencialidad es requerida o permitida por la ley. Los ejemplos incluyen casos en los que el Grupo psiquiátrico progenie tiene una sospecha razonable de abuso infantil, abuso de adultos mayores/dependientes, peligrosidad hacia uno mismo u otros, y otros asuntos sujetos a la ley.
- Progeny Psychiatric Clinic a su discreción deciden obtener consulta sobre su caso con un colega o legal Consejo, en cuyo caso no se revelará ninguna información identificativa.
- Usted no puede realizar pagos regulares en su factura pendiente, lo que puede resultar en su factura ser enviada a una agencia de cobro o sometido a reclamos pequeños en corte.
- Tras la notificación de un caso de agencia de servicios sociales, en el que toda la información compartida con el Grupo psiquiátrico del Pacífico será transmitida al trabajador social asignado y/ u otro representante y agentes de SSA.
- Si usted es parte en un litigio, incluyendo litigios de divorcio, y usted licitar su condición mental como un problema, su privilegio puede ser renunciado. En caso de custodia, es posible que se le exija renunciar a su privilegio para facilitar una evaluación por parte de un evaluador ordenado por la corte. PPG puede ser requerido en producir sus registros y/o testificar en la deposición o juicio si nos sirven con citaciones o órdenes judiciales. No podemos darle asesoría legal en cuanto a qué acción puede o no puede tomar al renunciar a su privilegio.
- Tenga en cuenta que, bajo el código de familia de California, un padre sin custodia todavía puede tener derecho a información sobre el tratamiento de su hijo.

_____ Inicial

***Progeny Psychiatric Clinic
17782 Cowan, Suite A
Irvine, CA. 92614
Tele: 949-722-7118 Fax: 949-579-9102***



Nota a Los Padres Sobre la Confidencialidad de Los Niños: Si su hijo participó en el tratamiento, es importante permitirle que desarrolle una relación confidencial con su psiquiatra y/o terapeuta. Como tal, usted entiende que la mayoría de la información personal que su hijo discute con su terapeuta no se compartirá normalmente con usted. Más bien, el médico de su hijo le proporcionará resúmenes generales del progreso de su hijo sin detalles privados. Esta oficina está comprometida a informarle sobre síntomas o comportamientos inusuales o peligrosos (tales como violencia, abuso infantil, abuso de sí mismo, tendencias suicidas, o intenciones de dañar a otros, dañarse a sí mismo, conducir mientras está intoxicado, etc.)

LIBERACIÓN DE REGISTROS

Los registros escritos se publican *solo* después de que el cliente o su padre/tutor legal firman un formulario de consentimiento.

POLÍZA DE CITAS

Las evaluaciones iniciales, las evaluaciones y las sesiones completas son generalmente alrededor de 30 a 60 minutos de duración. La sesión de seguimiento posterior oscila entre 15-30 minutos de duración. Las sesiones de administración de medicamentos son de aproximadamente 15 minutos de duración, en función de una base de caso a caso. Sin embargo, estas sesiones pueden requerir más tiempo del esperado. Todo el papeleo y la presentación del copago deben ser prestados antes del comienzo de la sesión. Por favor, llegue 15 minutos antes de su cita programada para facilitar las operaciones. Por favor respete las pautas de tiempo para que el próximo paciente que espera no se vea afectado.

POLÍZA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS

Cancelación & número de teléfono de llegada tardía: 949-722-7118

Por favor, almacene este número donde será conveniente para usted si lo necesita.

LLEGADAS TARDÍAS:

Si llega tarde, es la discreción de los proveedores verlo ese día o solicitar reprogramar para una fecha futura. Llamar para notificar de llegada tardía no garantiza que se le vea, ya que no tenemos un período de gracia.

ACERCA DE LA POLÍZA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS:

Nunca se le cobrará por una cancelación si se realiza con más de 24 horas de antelación a la hora programada de la cita.

Motivo de esta políza: la notificación de su intención de cancelar o reprogramar con 24 horas de antelación da la oportunidad de programar a otra persona para ese intervalo de tiempo. Esto es importante porque otros pueden estar en una lista de espera o también pueden estar buscando una oportunidad para reprogramar por un tiempo diferente. La mayor anticipación posible es realmente apreciada.

* * Si cancela su cita con menos de 24 horas de anticipación, se le cobrará por la cita.

* * Si usted simplemente no se muestra para una cita programada, se le cobrará por la cita perdida.

Debido a que es ilegal facturar a su compañía de seguros por una cita perdida, usted terminará pagando la tarifa completa por la sesión perdida de su bolsillo (resultando en un pago mucho más alto de lo que puede haber pagado por una cita mantenida). La tasa de efectivo por hora variará por/hora por proveedor:

Esta políza de cancelación es estándar en los campos médicos y de salud mental y se aplicará estrictamente. En ocasiones, habrá razones comprensibles para las citas que faltan, pero las excepciones a esta políza serán raras. Si tiene tres (3) fallas dentro de un año de calendario, suspendemos los servicios de tratamiento al paciente. Los gastos de cancelación se cargarán a su tarjeta de crédito en archivo.

_____ Inicial

*Progeny Psychiatric Clinic
17782 Cowan, Suite A
Irvine, CA. 92614
Tele: 949-722-7118 Fax: 949-579-9102*



CARGO POR CHEQUE DE DEVOLUCIÓN. El precio del cheque devuelto es \$25.00. Si por alguna razón se devuelve un cheque sin haber sido pagado, el paciente pagará \$25 dólares adicionales (\$50,00) como pago de un fondo no suficiente.

DERECHO A TERMINAR LA TERAPIA. Usted tiene derecho a finalizar la terapia en cualquier momento sin obligación de esperar pagar los servicios completados.

POLÍZAS FINANCIERAS

Servicios y tarifas profesionales: nuestros servicios y tarifas profesionales son los siguientes:

Servicios Profesionales	Tiempo	Tarifa para MD/DO	Tarifa para NP/PhD	Tarifa para LCSW/LMFT
Visita Inicial	30-40 min 60 min Terapia	\$400	\$300	\$150
Seguimiento	15-20 min 60 Min	\$250	\$175	\$150
Citas Perdidas	No Llamar No Mostrar	\$50	\$50.00	\$100.00

Formularios, cartas y otros no específicos

Formularios, redacción de informes (resúmenes de tratamiento, discapacidad, cartas, etc.) Formas de Conservatoria	Prorrateado	\$50 *Varía según el documento	\$50 *Varía según el documento	\$50 *Varía según el documento
Servicios relacionados con la corte: (cualquier servicio relacionado con la corte, incluyendo evaluación, deposiciones, conferencias, testimonios, preparación, tiempo de espera y viaje, informes que se utilizarán con fines legales, etc.)	Prorrateado Mínimo de medio día para la asistencia judicial o el estado de espera. Retenedor requerido por adelantado. CARGO POR RETENEDOR A pagar antes de la fecha de la corte.	\$800 (Varía según el Caso) \$2000 (Varía según el Caso)	\$400 (Varía según el Caso) \$1000 (Varía según el Caso)	\$400 (Varía según el Caso) \$1000 (Varía según el Caso)

*Progeny Psychiatric Clinic
17782 Cowan, Suite A
Irvine, CA. 92614
Tele: 949-722-7118 Fax: 949-579-9102*

TÉRMINOS FINANCIEROS

Tenga en cuenta que usted es responsable de obtener una autorización previa para el tratamiento de su compañía de seguros. Además, usted es responsable de todos los copagos y servicios de seguros cuando se procesa. Además, entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. Además, estoy de acuerdo si en cualquier momento durante mi tratamiento, me hago consciente de que no soy elegible para la cobertura de seguro, voy a notificar a PPG de inmediato, entiendo que seré financieramente responsable de 100% de los cargos facturados. Por último, acepto notificar a PPG los cambios en mi información personal o de seguro, mantenemos una tarjeta de crédito actual en el expediente.

Los pacientes de Medicare, al firmar a continuación, acepto pagar el 20% de la visita inicial, todas las visitas de seguimiento y cualquier monto deducible.

CONDICIONES DE PAGO Y SERVICIOS NO CUBIERTOS

Entiendo que se me cobrará la tarifa por hora regular entre \$150.00 a \$400.00 para los servicios profesionales requeridos fuera de las sesiones de tratamiento. Estos servicios incluyen consultas con otros profesionales. Se me cobrará una tarifa por conservatoria, peticiones, formularios de incapacidad, o cualquier carta que se requiera la licencia médica.

Por favor, tenga en cuenta, en caso de que sea necesario para que PPG emplee a un abogado para hacer cumplir cualquiera de estas condiciones del presente, entiendo que voy a pagar cualquier/y todos los gastos incurridos incluidos honorarios razonables de abogados.

Tipos de pago. Los servicios se pagan por adelantado de cada cita. Por favor, haga cheques pagaderos a Progeny Psychiatric Clinic. También para su conveniencia, puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito. Tenga en cuenta que los recibos solo se darán por solicitud al comienzo de su cita.

Pago rápido. Los saldos no pagados dentro de 30 días se consideran "VENCIDOS". Los saldos no pagados dentro de 60 días pueden ser enviados a nuestra agencia de cobros o a través de un tribunal de reclamos menores. Si usted no es capaz de hacer un pago completo, usted acepta hacer pagos regulares no menos de \$100.00 hasta que el saldo se pague en su totalidad.

Reclamos de seguros. Por favor tome nota, usted se hace responsable de pagar todo servicio prestado no cubierto por su seguro.

Pólizas de recarga de prescripción. Usted es responsable de notificar a la oficina en el momento de su cita si se está quedando sin medicación para que podamos evitar la escasez de medicamentos. Si tiene una serie de correo, usted es responsable de enviar los formularios y recetas después de llenarlos para evitar cualquier confusión. Las recargas de medicamentos no son emergencias y deben ser atendidos durante su cita, en circunstancias imprevistas si se quedan sin medicamentos; por favor comuníquese con la oficina durante el horario comercial habitual. Una recarga de medicamentos fuera de estos parámetros se considerará un servicio de conserjería y no está cubierto por su plan de seguro; esto se facturará de forma prorrateada a la tarifa por la tasa de servicio de entre \$150.00 a \$400.00. Tenga en cuenta que las prescripciones de sustancias controladas no pueden enviarse por correo y deben recogerse personalmente. Estaremos encantados de rellenar sus medicamentos siempre que tenga una cita de seguimiento programada, si no lo hace, los medicamentos no se pueden rellenar después de su primera falta.

_____ Inicial

*Progeny Psychiatric Clinic
17782 Cowan, Suite A
Irvine, CA. 92614
Tele: 949-722-7118 Fax: 949-579-9102*



AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO (OPCIONAL)

Yo, _____ autorizo al grupo psiquiátrico Progeny, a cobrar mi tarjeta de crédito por servicios adicionales prestados al paciente, _____ por servicios no pagados por la aseguradora y que se consideran servicios de conserjería como se indica en los términos de pago y servicios no cubiertos por su aseguranza. Los cargos a esta tarjeta de crédito pueden incluir, pero no se limitan a la visita a la oficina, sesiones de teléfonos, papeleo, y cancelación tardía y faltas de citas. Entiendo que mi tarjeta de crédito se cobrara por estos servicios y he revisado la póliza de cancelación de Progeny Psychiatric Clinic.

Tipo de Tarjeta: _____ Visa _____ MasterCard _____ Discover _____ AMEX

Número de Tarjeta: _____

Número de Seguridad en La Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización recibió una autorización verbal, incluya la fecha, la hora y el número de contacto.

Fecha: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Por mi firma a continuación, reconozco que estoy de acuerdo con una evaluación psicológica por parte del grupo psiquiátrico de Progeny, que he sido informado de las políticas relativas a las evaluaciones en la clínica y he leído el formulario de consentimiento de 5 páginas, así como las políticas relativas a la tarde/Cancelaciones y citas perdidas; y acepto todos los arreglos de pago descritos en este formulario. Comprendo plenamente mis derechos y obligaciones como cliente en el PPG y acepto libremente esta evaluación.

Firma

Fecha

(Por favor Imprima el nombre)

Firma/Relación (si el cliente es menor de 14 años)

Fecha

(Por favor Imprima el nombre)

*Progeny Psychiatric Clinic
17782 Cowan, Suite A
Irvine, CA. 92614
Tele: 949-722-7118 Fax: 949-579-9102*



Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Con mi firma aquí abajo, confirmo que he recibido este aviso de HIPAA de las prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente, Por Favor Imprima Su Nombre: _____

Firma

Fecha

Si la firma no es del paciente, por favor explique la naturaleza de la relación o la tutela:

Solicitud de Restricción de Usos y Divulgaciones

Por favor restrinja el uso de divulgaciones de mi Información de Salud Personal en las siguientes maneras:

Método Designado Para Contactar al Paciente

Las comunicaciones con el paciente mencionado anteriormente deben dirigirse a:

Nombre de Correo

La Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Firma

Fecha