



Paquete de Admisión Inicial Formulario de Confidencialidad del Paciente

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Nombre Preferido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: () Masculino () Femenino
Seguro Social: _____ (ES REQUERIDO POR SU ASEGURADORA) Estado Civil: () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo
Nombre de la calle: _____ Apto/Suite#: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono del Hogar: _____ () Podemos dejar mensaje aquí () Si () No
Teléfono Celular: _____ () Podemos dejar mensaje aquí () Si () No
Teléfono del trabajo: _____ () Podemos dejar mensaje aquí () Si () No
Correo Electrónico: _____ () Podemos dejar mensaje aquí () Si () No
Referido por: _____

PROVEEDOR PRINCIPAL DE CUIDADO

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

PSIQUIATRA

Nombre del Psiquiatra: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono de la casa: _____
Teléfono Móvil/Celular: _____

INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

(Favor llenar toda la información en esta sección con respecto al asegurado principal en el seguro médico.)

Nombre del Asegurado Principal: _____ D.O.B: _____
Seguro Social: _____ Relación con el Paciente: () Yo () Cónyuge () Padre/Madre () Otro
Dirección: _____ Apto. /Suite#: _____
Teléfono del Hogar: _____ Teléfono móvil/Celular: _____
Donde Trabaja: _____



COMPASS COUNSELING SERVICES

Helping You Towards A Better Direction

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Teléfono del Seguro: _____

Dirección del Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. Póliza del Seguro/ID: _____ Núm. Grupo del Seguro: _____

Certifico que la información brindada arriba es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en hacerme responsable a pagar cualquier cantidad que el seguro no cubra, incluyendo copagos y deducible correspondientes a todo servicio prestado por Compass Counseling Services, LLC

Firma de Paciente/Padre/Tutor /Fiador

Fecha

Nombre del Paciente (Letra de molde)

Fecha de Nacimiento



COMPASS COUNSELING SERVICES

Helping You Towards A Better Direction

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOTERAPIA

Favor de escribir sus iniciales

___ Yo, consiento voluntariamente recibir tratamiento de salud mental con Compass Counseling Services, LLC para mi y/o hijo menor de edad.

___ Yo, comprendo que toda información revelada durante la terapia se mantendrá en completa confidencialidad con la excepción de la intervención a las amenazas de daño a mi persona o a los demás, las acusaciones de abuso infantil o negligencia y/o por revelaciones de orden judicial. Yo, entiendo que Compass Counseling Services, LLC tiene una obligación legal y ética de revelar esta información y hará todo lo posible para discutir esto conmigo en caso de ser necesario.

___ Yo, comprendo que toda información será mantenida en estricta confidencialidad y que no será revelada a nadie sin mi previa autorización de forma escrita. (Por favor vea la Nota de Privacidad)

___ Yo, comprendo que debo mantener una participación activa durante el tratamiento. Yo, reconozco que no hay ninguna garantía en el resultado de la terapia y que puedo desistir del tratamiento cuando yo quiera. Yo, reconozco que mis documentos son propiedad de Compass Counseling Services, LLC

___ Yo, comprendo que los copagos y deducibles relacionados a los servicios son mi responsabilidad y que debo preguntar antes de mi cita si algún pago es necesario.

___ Yo, comprendo que debo notificar con 24 horas de anterioridad, cualquiera cancelación o cambio necesario con relación a mi cita con el psicoterapeuta. Me comprometo a mantener todas mis citas como están estipuladas.

___ Yo, comprendo que como padre, soy el responsable de que mi hijo atienda a sus citas con Compass Counseling Services, LLC. El personal de Compass Counseling Services, LLC no proveerá cuidado de niños.

___ Yo, comprendo que al fallar en la cancelación de alguna cita o el no presentarme a un máximo de 3 sesiones consecutivas podrían ser causas de mi remoción del calendario y posible baja de tratamiento por incumplimiento y falta de interés.

___ He recibido una copia de las Políticas de la Oficina y sus Procedimientos y estoy de acuerdo con estas políticas y los procedimientos ahí expuestos.

SOLAMENTE PARA CUIDADO PSIQUIATRICO

___ Entiendo que para iniciar y continuar mi tratamiento psiquiátrico en esta oficina, debo cumplir con la política establecida para Uso y Abuso de Sustancias Adictivas y/o Alucinógenas. Un examen de orina es requerido para cumplir con la política de la de la Institución. Adjunto se le ha entregado la política establecida con sus siglas en Ingles (UDS- Urine Drug Screen)

___ Como tutor de un menor, entiendo que antes de que mi hijo sea visto para tratamiento psiquiátrico, él / ella debe: a) someterse a una evaluación de admisión inicial por un psicoterapeuta designado aquí en nuestra oficina; b) mi hijo(a) debe participar, y continuar con tratamiento psicoterapéutico como parte Integral de su Tratamiento de Atención Psiquiátrica; c) mi hijo(a) debe cumplir con la política de UDS.

___ Como tutor de un menor, entiendo que si el examen de orina (UDS) resulta positivo, mi hijo sería reprogramado para ver el psiquiatra después de 30 días y se les pedirá que presenten otra muestra de orina (UDS) como parte de nuestros (UDS) política.

Nombre del Paciente (si no es paciente, que queda del paciente) F.D.N Date

Testigo personal de Compass Counseling Services, LLC Date



ENCARGO DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre del Paciente (Favor usar Letra de Molde) Fecha de Nacimiento ___/___/____

Por la presente autorizo a Compass Counseling Services, LLC, para facturar a mi compañía de seguros de salud o de su representante para cualquier o todo servicios que reciba. Asimismo, autorizo mi compañía de seguros de salud o de su representante para hacer el pago directo de beneficios a sus servicios de asesoramiento de Compass Counseling Services, LLC o de sus proveedores en los términos y las condiciones de mi contrato de servicios de salud. De acuerdo con mi contrato de servicios de salud, **entiendo que soy responsable por el pago de todos los servicios.** Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. **Yo seré responsable de los cuidados proporcionados a mí, a mi hijo menor de edad / o al Paciente que soy legalmente responsable de que no están cubiertos por mi compañía de seguros y no contractados) excluidos del beneficio del pago (incluyendo los co-pagos, co-seguros y deducibles).**

Además, autorizo al personal apropiado en Compass Counseling Services, LLC para llenar los formularios todo cuando fuere necesario o reclamaciones electrónicas requeridas por mi compañía de seguros o compañía de cuidado administrado, incluyendo pero no limitado a: los planes de tratamiento, los formularios de reclamación de seguros y la terminación de la atención de la información. Entiendo que la presentación de una reclamación a mi compañía de seguros no me exime de mi responsabilidad por el pago de todos los cargos.

Yo afirmo que he leído o me ha leído, comprendo y aceptado que las autorizaciones arriba estipuladas.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Paciente (Letra de Molde) Relación con el Paciente

Fecha

Testigo

Fecha



NUEVO AVISO DE INFORMACION DE SALUD SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD, EFECTIVO 23 DE SEPTIEMBRE, 2013 –OMNIBUSS HIPPA

_____ por medio de este documento reconozco que he revisado y recibido una copia sobre como Compass Counseling Services, LLC maneja y mantiene mi información médica privada.

NUESTRAS OBLIGACIONES:

Compass Counseling Services, LLC esta requerido por ley a mantener la privacidad de salud. Darle información de nuestras obligaciones legales referente a la privacidad de su información médica. Estamos requeridos a cumplir con las condiciones de este anuncio.

- He visto el Aviso de Prácticas de Privacidad publicadas en nuestra oficina.
- Dar al paciente una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad para leer antes de recibir cualquier tratamiento o servicio.
- Dar al paciente toda la información necesaria para obtener nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en nuestro "web site".
- Pedir al paciente que firme este formulario de Reconocimiento.

También comprendo que si tengo alguna pregunta o queja, puedo contactar la persona encargada en turno o a la Gerente de Oficina al (407) -823-8421

También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. sobre cualquier preocupación con respecto a nuestra política de privacidad y seguridad. Puede contactar nuestra oficina para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento y de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ **Día:** _____

FIRMA (si no es el paciente indique su relación con el paciente)

SOLO PARA PERSONAL DE OFICINA

Documentación del esfuerzo de Buena Fe para obtener el consentimiento sobre el Anuncio de Privacidad por escrito.

Intenté de buena fe para obtener el consentimiento por escrito del paciente, sobre nuestro **Aviso de Anuncio de Privacidad** para obtener información protegida de la salud.

Yo fui incapaz de obtener el consentimiento del paciente por escrito debido a que (marque todas las que apliquen):

- _____ El paciente se negó a firmar este formulario.
- _____ El paciente no firmaría el formulario debido a que el paciente dijo él / ella no comprendía el Aviso.
- _____ Otra (explique en detalle) _____
- _____
- _____

Firma del Personal: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____



COMPASS COUNSELING SERVICES

Helping You Towards A Better Direction

Coordinación de Tratamiento Medico

_____, por la presente deseamos informarle que el paciente aquí identificado está en tratamiento con Compass Counseling Services, LLC. No estamos requiriendo información de ustedes en estos momentos pero nos gustaría que mantengan este relevo de información en su expediente para que el tratamiento pueda ser coordinado adecuadamente. Favor contactarnos a nuestras oficinas de Orlando al (407) 823-8421 o en Kissimmee al (407) 933-1847 si alguna información le es requerida.

CONSENTIMIENTO DE RELEVO DE INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente yo deseo autorizar el relevo de toda información médica, medicamentos y de salud mental necesaria para coordinar el tratamiento que yo recibo en los siguientes proveedores:

Doctor Primario- Nombre, teléfono y dirección: _____

Psiquiatra- Nombre, teléfono y dirección _____

Psicólogo o Psicoterapeuta- Nombre, teléfono y dirección _____

Esta revelación puede incluir información (en forma verbal o escrita) de lo siguiente (marque todos los que aplican):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pagina de Identificación | <input type="checkbox"/> Historial & Físico | <input type="checkbox"/> Laboratorios/Resultados de pruebas diagnósticas |
| <input type="checkbox"/> Información de la escuela | <input type="checkbox"/> Resumen de hospitalizaciones | <input type="checkbox"/> Expedientes de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Consulta psicológica /Evaluación de comportamiento | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica/Resultados de tratamientos | <input type="checkbox"/> Evaluación psicosocial |
| <input type="checkbox"/> Reporte de sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Evaluación psicosocial |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Expediente de abuso de sustancias controladas | <input type="checkbox"/> Resumen del expediente de tratamientos, |

Yo por la presente me rehusó a dar mi consentimiento.

Yo entiendo que al consentir la relevación de información confidencial entre mis proveedores de salud es de forma voluntaria. Esta autorización se hará efectiva en el día firmado por este servidor y puede ser revocada por mí en cualquier momento. De no ser revocada esta autorización debe de ser terminada automáticamente en un año comenzando desde la fecha de hoy. Yo entiendo que la revocación de información confidencial no será aplicada a la información que ya sido revelada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la información autorizada por este consentimiento será provista solo a destinatarios autorizados y a estos destinatarios les está prohibido por ley revelar esta información sin un consentimiento específico en escrito. La información que va ser relevada puede incluir mi tratamiento médico, historial médico, condiciones presentes, resultados de pruebas diagnósticas, diagnósticos, medicamentos y plan de tratamiento. Más allá de esto, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización de relevo de información confidencial en cuanto yo lo solicite.

Firma del paciente o persona legal autorizada: _____ **Fecha:** _____



RECOMENDACIONES PARA EMERGENCIAS DESPUES DE LAS HORAS LABORABLES

Si piensa que usted o su niño o su dependiente legal están en peligro inminente de hacerse daño alguno o presenta algún peligro inminente para otros, por favor llame inmediatamente al 9-1-1

Si el daño no es inmediato, por favor transpórtese o a su niño a una sala de emergencia local o al Centro de Salud Mental de la Comunidad/Centro de Crisis para asistencia inmediata.

CENTROS DE CRISIS:

UNIVERSITY BEHAVIORAL CENTER- Orange County- 407-281-7000

ORANGE COUNTY - Lakeside Behavioral Care - (407) 875-3700

SEMINOLE COUNTY - Seminole Community Mental Health - (407) 321-4357

BREVARD COUNTY - Circles of Care - (321) 722-5200

OSCEOLA COUNTY - Park Place Behavioral Health - (407) 846-0023

Yo he leído y entiendo la información presentada arriba.

Nombre del Paciente Fecha

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal Fecha

Firma del Testigo Fecha



NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS DE POLÍTICA - VIGENCIA 01 de julio 2015

PROCEDIMIENTOS SOBRE CANCELACION Y AUSENCIAS DE CITAS:

Favor de escribir sus iniciales

_____ Paciente, Padre o tutor se espera que asista a todas las citas programadas según lo acordado con su psicoterapeuta primaria y/o psiquiatra.

_____ Las citas canceladas son costosas para el consultorio y para otros Pacientes. Al cancelar la cita en el tiempo requerido, podemos ofrecer el espacio de la cita a otras personas que están en necesidad de los servicios disponibles.

_____ Pacientes que no asistan a sus citas o que no avisen en el periodo de 24 horas (o más) antes de una ausencia planificada, se cobrará una **CUOTA de VEINTICINCO DÓLARES (\$ 25)**.

_____ Los seguros no pagan por citas canceladas; el paciente/guardián será responsable por dicha cuota.

_____ Tres citas canceladas y/o perdidas podrían resultar en ser dado de alta nuestros servicios.

_____ Si el Paciente es dado de alta el/ella recibirá una carta de notificación 30 días después, junto con una lista de posibles servicios de referencias. Propósito de la notificación es proporcionar tiempo suficiente para el paciente para acceder a otro proveedor de servicios. Copias de toda la correspondencia se van a colocar en la historia clínica del paciente.

_____ Si un paciente llega 15 minutos después de la hora señalada, será necesario volver a programar la cita.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE:

He revisado el cambio de política por encima y entender los procedimientos relativos a las cancelaciones tardías o no se presenta.

Nombre (letra de imprenta)

Fecha

Firma (si no es paciente relación estado)



POLITICA SOBRE EXAMEN DE ORINA

(CONOCIDO EN INGLES COMO URINE DRUG SCREEN – UDS)

- La rutina y la detección de drogas en orina aleatoria (UDS) se ha convertido a un estándar de cuidado en el manejo de los pacientes.
- Todos los nuevos pacientes deben tener un Examen De Orina (UDS) con la confirmación de manera rutinaria.
- El Examen De Orina (UDS) será un requisito para el tratamiento a todos los pacientes adultos “establecidos” (18 años y mayores) si:
 - a) El paciente tiene un resultado positivo por una sustancia controlada ilegal o no divulgada en el día de la primera visita;
 - b) Si el paciente ha usado y continua usando sustancias médicamente controladas en la primera visita;
 - c) Si es un paciente activo en Uso de Sustancias Químicas o Alucinógenas, Si ha sido diagnostico con problemas de Uso Y Abuso de Drogas adjunto a un Diagnóstico Clínico Mental y si usa sustancias alucinógenas como uso recreativo al momento de la evaluación psiquiátrica;
 - d) En cualquiera momento, de acuerdo con el juicio clínico de uno de nuestros Profesionales en Psiquiátrica o Consejería en nuestras oficina.

Un Examen De Orina (UDS) negativo más confirmación de laboratorio, será un REQUISITO para una Evaluación Psiquiátrica y monitorio de medicina en cada menor de edad (menos de 18 años). **SIN EXCEPCIONES.**

Un Examen De Orina (UDS) y confirmación negativa es un **REQUISITO** para la prescripción de sustancias controladas para mayores de edad. **SIN EXCEPCIONES**

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____



COMPASS COUNSELING SERVICES

Helping You Towards A Better Direction

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE DE COMPASS COUNSELING SERVICES, LLC

Bienvenidos a Compass Counseling Services, LLC. (CCS)

Esperamos que podemos brindarle el tipo de apoyo y ayuda que usted busca.
Cuando usted recibe servicios de **CCS** usted tiene derecho a:

- Recibir servicios de alta calidad.
- Ser tratado con respeto y cortesía.
- Mantendremos su información privada y confidencial, excepto como se describe en la declaración **CCS** privacidad.
- Ser escuchado y trabajar con usted para hacer un plan que responda a sus inquietudes y necesidades.
- Recibir el servicio en las oficinas que sean seguras, limpias y accesibles.
- Obtener información y apoyo para ayudarle a tomar decisiones para mejorar su situación.
- Recibir nuestros servicios sin discriminación.
- Hablar de su servicio con el personal para identificar si se está trabajando adecuadamente con usted y expresar cualquier pregunta o queja que usted pueda tener.
- Solicitar un cambio de proveedor de servicio si hay otro proveedor disponible, que pueda hacer frente a sus problemas y si su petición es razonable. Usted debe saber que no se considerarán discriminatorias las solicitudes.

Esto es lo que pedimos de usted:

- Tratar al personal y a los demás, mientras esta en **CCS**, con cortesía y respeto.
- Notificar a **CCS 24 horas antes** si no puede llegar a su cita. Por favor ver la **política de la Cancelación o Ausencia de citas** para evitar tener que pagar cuota.

Firma del paciente y / o tutor legal si es menor

Fecha

Testigo