

**FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE NUEVO**
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Segundo Nombre:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b> <i>MES/DIA/AÑO</i>		<b>Nombre preferido:</b>		<b>NSS:</b>
<b>Dirección:</b>				
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>		<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono Principal #:</b> <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo			<b>Teléfono Secundario #:</b> <i>Tipo:</i> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>Correo electrónico:</b>			<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No escoger revelar	
<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual (hetero) <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No escoger revelar				

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>Nombre:</b>		<b>Relación:</b>
<b>Teléfono #:</b>	<b>Dirección:</b>	

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a legalmente <input type="checkbox"/> Viudo/a		
<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Dari <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Raza (s) - Marque todas las que correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano - Americano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No Hispano		
<b>Tipo de empleo del paciente:</b> <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Dependiente		
<b>Nombre del empleador del paciente:</b> _____		<b>¿Eres un estudiante?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cuál es su situación de vida actual?</b> <input type="checkbox"/> Hogar propio (propio o familiar) <input type="checkbox"/> Alquilar una casa o apartamento, no basado en ingresos (para sí mismo o familia) <input type="checkbox"/> Vale de elección de vivienda para alquiler (Sección 8) <input type="checkbox"/> Renta: basada en ingresos ( <b>no</b> vale Housing Choice Voucher/Sección 8; <b>no</b> apoya los servicios de administración de casos) <input type="checkbox"/> Alquiler: complejo de viviendas públicas <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente (vivienda para personas de bajos ingresos con servicios de apoyo o de gestión de casos) <input type="checkbox"/> Otros programas de vivienda diseñados para ayudar a las personas sin hogar (por ejemplo, programas de realojamiento rápido) <input type="checkbox"/> Vive temporalmente con familiares/amigos (debido a preocupaciones de seguridad, razones económicas o riesgo de quedarse sin hogar) <input type="checkbox"/> Programa de vivienda de transición (por ejemplo, vivienda de transición para veteranos, casa de recuperación, Healing Place, vivienda de reingreso, etc.) <input type="checkbox"/> Albergue (refugio para personas sin hogar, refugio familiar) <input type="checkbox"/> Calle (afuera, refugio improvisado, campamento, automóvil) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
<b>¿Eres un trabajador de temporada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Es usted un veterano de los EE. UU.?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Es usted un trabajador migratorio?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*\*\* Tenga en cuenta: Daily Planet Behavioral Health Clinic no proporciona evaluaciones de salud mental por única vez para la corte, beneficios por discapacidad u otros fines. Si solo necesita este servicio, podemos derivarlo a otra agencia que pueda hacerlo por usted.\*\*\*

**Déjenos saber quién lo recomendó:** \_\_\_\_\_



Patient Account #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO AL RECEPCIONISTA)**

¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<b>Seleccione todas las que correspondan y proporcione su tarjeta de seguro a la recepcionista:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro
<b>Relación con el titular de la póliza:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>¿Tiene un médico de atención primaria?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____
<b>Número de tarjeta de seguro (si no puede presentar la tarjeta):</b>	
<b>Compañía de Seguro:</b>	<b>Grupo:</b>

**INFORMACION DE INGRESOS**

Incluya todas las fuentes de ingresos, incluidos, entre otros, empleo, beneficios por desempleo, SSI / SSDI, beneficios para veteranos, pensión, jubilación, TANF, manutención infantil, pensión alimenticia

**PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA**

El DPHS ofrece un descuento de tarifa variable para los pacientes que viven en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Consulte el Aviso de elegibilidad y los requisitos del programa de descuento de tarifa variable para obtener más información.

- La elegibilidad se basa únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia/grupo familiar. Una familia/hogar es un grupo de dos o más personas relacionadas por matrimonio (incluidas las uniones civiles o cohabitación intencional), nacimiento o adopción (todas estas personas se consideran dependientes de un adulto); todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia / hogar. Por ejemplo, todos los incluidos en las declaraciones de impuestos se considerarían miembros de una sola familia.
- Se requiere comprobante de ingresos para determinar la elegibilidad. Tiene 30 días para proporcionar esta documentación. Usted será responsable de pagar la tarifa completa si no se proporciona prueba de ingresos. Complete lo siguiente si desea solicitar el Programa de descuento de tarifa variable.

Ingreso total de la familia / hogar: \$ \_\_\_\_\_  Anual  Mensual  Quincenal  Semanal

Número total de personas en la familia/hogar (incluido usted mismo) \_\_\_\_\_

**Nota:** Proporcionar esta información, incluso si elige no solicitar el programa de descuento de tarifa variable, nos ayuda a mantener la financiación de la subvención para que podamos continuar brindando atención médica de calidad a la comunidad.

Nombre (incluido uno mismo)	Fuente de ingreso	Cantidad	Frecuencia (anual, mensual, etc.)	Relación

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que se requiere comprobante de ingresos para calificar para el SFDP anualmente y a medida que cambien los ingresos. Además, entiendo que, si corresponde, debo proporcionar prueba de la falta de vivienda.

\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Daily Planet Health Services

### Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegir a Daily Planet Health Services (DPHS) como su hogar de salud. Estamos comprometidos a brindarle atención y servicio de alta calidad. Lea la información a continuación y firme este formulario antes de recibir cualquier servicio de DPHS.

#### Consentimiento para Tratamiento

- Autorizo el tratamiento médico por parte del proveedor, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis proveedores a solicitar cualquier servicio auxiliar, como pruebas de laboratorio o radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se considere necesario para mi cuidado y seguridad.
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes de tratamiento alternativos con mi proveedor y preguntar y haber respondido a mi satisfacción cualquier pregunta o inquietud antes de que se proporcione el tratamiento.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal de una manera que pueda transmitir el VIH, el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C, doy mi consentimiento para analizar mi sangre y / o fluidos corporales para detectar estas infecciones y El informe de los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que ha estado expuesto, como lo exige la ley de Virginia
- Entiendo que Daily Planet Health Services utiliza un mecanismo de prescripción electrónica para la transmisión electrónica de prescripciones y que cualquier medicamento que mi proveedor me recete puede comunicarse electrónicamente a través de cualquier farmacia local o de pedidos por correo que haya designado.
- Entiendo que los proveedores de Daily Planet Health Services pueden acceder a la información de recetas contenida en el programa Virginia Prescription Monitoring.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi proveedor de Daily Planet Health Services de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.
- Entiendo que existen formularios de consentimiento adicionales para los servicios de salud del comportamiento y dentales cuando se registra para esos servicios.

#### Reconocimiento escrito de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su atención médica y su información de facturación. Según lo dispuesto en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada en nuestro sitio web en: [www.dailyplanetva.org](http://www.dailyplanetva.org)

- Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hay una copia disponible a mi solicitud.
- Entiendo que puedo hacer preguntas si no entiendo la información contenida en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Con mi consentimiento, Daily Planet Health Services puede:
  - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **recordatorios de citas, seguros o artículos de facturación.**
  - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio o medicamentos.**



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

- Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services para que hable con sus familiares u otras personas sobre los resultados, hallazgos y decisiones de atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Nombre	Relación	Número de contacto

**Responsabilidad Financiera**

Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales puede estar asociado un cargo. Acepto la responsabilidad personal por el pago de tarifas, copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar al DPHS información actualizada sobre el seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía de seguros. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En el caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se prestan los servicios, o si mi proveedor no figura en la lista de proveedores participantes de mi plan de seguro, seré el único responsable del monto de los servicios prestados. Acepto informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro.

Entiendo que si mis ingresos están por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza, soy elegible para presentar una solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa Deslizante del DPHS, reduciendo mi responsabilidad financiera en función del tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a los copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a los autopagos. Para calificar, debo presentar prueba de ingresos. Esto debe proporcionarse dentro de los 30 días posteriores al registro. Después de 30 días, sin comprobante de ingresos, puedo ser responsable de pagar el costo total del servicio. Estoy de acuerdo en notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o estado familiar al momento de los servicios.

Entiendo si tengo seguro o pago propio, soy financieramente responsable de los costos asociados con el cobro de saldos de pacientes. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, deudas o tarjetas de crédito, cheques o giros postales.

**Derechos y responsabilidades del paciente**

Es la póliza de Daily Planet Health Services (DPHS) apoyar y proteger los derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios fundamentales de cada persona que recibe sus servicios de atención médica. Además, se informará a cada paciente de sus derechos en el idioma que el cliente comprenda. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro web en: [www.dailyplanetva.org](http://www.dailyplanetva.org).

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los elementos anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Comprobante de Ingresos e Información de Copagos

La misión de Daily Planet Health Services es proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad independientemente de su capacidad de pago. Se utiliza un programa de descuento de tarifa variable para determinar el programa de tarifas de los servicios. Este Programa se basa en las pautas federales de ingresos por pobreza y está determinado por la familia / hogar y el ingreso anual. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.

**Por favor traiga dentro de los 30 días copias actuales de uno de los siguientes documentos como prueba de ingresos:**

- Talon de pago de empleo actual - un mes
- Copia de todo el año reciente W-2 / o declaración de impuestos más reciente
- Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período de 3 meses más reciente)
- Prueba de asistencia pública (por ejemplo, TANF, cupones de alimentos) AVISO DE ACCIÓN
- Prueba de pagos de SSI, SSDI y / o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)
- Cuenta de ingresos por pensiones o jubilaciones
- Copia del pago de la indemnización por desempleo
- Copia de la carta de determinación de beneficios para veteranos / declaración de ingresos
- Copia de la concesión de manutención infantil / comprobante de pago
- Copia de la concesión de pensión alimenticia / comprobante de pago
- Extracto bancario actual con información de depósito directo
- Carta de informe del empleador-Declaración de ingresos en papel con membrete del empleador

**Documentación de personas sin hogar de la agencia de servicios para personas sin hogar o del trabajador social: en papel con membrete de la agencia, con fecha dentro de los 30 días de la cita. Si no tiene hogar y no tiene ingresos, documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador social. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.**

En el momento en que se proporciona la documentación, cualquier descuento elegible se aplicará a los servicios anteriores de forma retroactiva hasta 30 días. **Después de 30 días, sin comprobante de ingresos**, es posible que deba pagar el **costo total** del servicio; si no tiene este pago, es posible que lo reprogramen (no lo vean ese día) y le pidan que traiga la documentación y el pago al día siguiente. visitar. Agradecemos que notifique a Daily Planet Health Services de cualquier cambio en los ingresos o dependientes en el momento de los servicios.

Entiendo la póliza de comprobante de ingresos y pago de tarifas de Daily Planet Health Services y **acepto proporcionar la información requerida de comprobante de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la fecha que se muestra a continuación** para calificar para tarifas con descuento por servicios.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante legal (impreso, si es necesario): \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_

Es política de Daily Planet Health Services (DPHS) apoyar y proteger los derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios fundamentales de cada persona que recibe sus servicios de atención médica. El DPHS cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, incluida la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. El DPHS no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo. Además, cada paciente será informado de sus derechos en el idioma que el cliente entienda y recibirá una copia escrita de los *Derechos y Responsabilidades del Paciente*.

## Derechos Fundamentales del Paciente

A ser tratado con dignidad y respeto, y con el máximo cuidado profesional, sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, sexo, orientación sexual, fuente de pago, edad, estatus socioeconómico o discapacidad.

## Derechos de tratamiento

1. A recibir atención y tratamiento por parte de personal calificado y competente.
2. Participar en el desarrollo y revisión de un plan individual de tratamiento o servicio.
3. A ser informado de las razones de cualquier cambio propuesto en el personal profesional responsable de los servicios o tratamientos.
4. Estar libre de procedimientos experimentales de investigación.
5. A rechazar o terminar el tratamiento y a ser informado de las consecuencias de estas acciones.
6. A ser informado sobre los diagnósticos, los servicios, el tratamiento y el pronóstico en términos que puedan ser entendidos.
7. Participar en la formulación de los planes de alta y seguimiento de los cuidados.

## Derechos de confidencialidad

Esperar que todas las comunicaciones y registros relacionados con los servicios y el tratamiento del paciente se traten como confidenciales según las leyes estatales y federales y que no se divulguen a nadie a menos que:

1. El paciente da su consentimiento por escrito
2. La divulgación está permitida o requerida por la ley.
3. El paciente se presenta como un peligro para sí mismo o para los demás.
4. Se sospecha de abuso o negligencia de niños o ancianos y se denuncia según la ley estatal.

## Derechos de comunicación

1. Servicios de asistencia lingüística para personas con dominio limitado del inglés, incluidos intérpretes calificados y documentos traducidos electrónicos y escritos.
2. Ayudas y servicios auxiliares para personas con discapacidades, incluidos intérpretes calificados de lenguaje de señas estadounidense, interpretación remota por video e información en formatos alternativos (como letra grande y formatos electrónicos accesibles).

## Otros derechos

1. Para iniciar una queja o reclamo contra el DPHS o su personal.
2. Ser informado de los honorarios de los que el cliente es responsable y la base de los honorarios.
3. A que se les proporcionen adaptaciones razonables para las personas calificadas con discapacidades

## Responsabilidades del paciente

Cada paciente tiene la responsabilidad de:

1. Tratar al personal y a otros consumidores de DPHS con respeto y consideración.
2. Asista a todas las citas. Llegue 15 minutos antes para que podamos brindarle la mejor atención posible.
3. Haga todo lo posible por notificar al personal 24 horas antes de la hora de la cita si no puede asistir a una cita.
4. Participar en el desarrollo de un plan de tratamiento o servicio con el proveedor o el equipo de tratamiento.
5. Informar al personal de cualquier intención de no seguir el tratamiento o el plan de servicio, o de la decisión de suspender los servicios en DPHS.
6. Para reportar cualquier queja o reclamo, siguiendo los procedimientos provistos en el registro, o proporcionados a pedido.

## Hay pautas muy claras dentro de las Pautas y Expectativas del DPHS que abordan la violencia, el uso de alcohol y drogas y la posesión de armas.

1. La violencia o la amenaza de violencia no serán toleradas, ni siquiera en el acto de legítima defensa.
2. No se permite el consumo de alcohol y/o drogas ilícitas. Si sospechamos que usted está bajo la influencia del alcohol o las drogas, es posible que se le pida que abandone la agencia.
3. No se permite la posesión de armas de ningún tipo. No se permiten armas o armas potenciales en la propiedad.

---

Firma

---

Nombre Impreso

---

Fecha



## **El Programa de Salud Mental de Daily Planet Health Services: Consentimiento de Servicios**

Daily Planet Health Services ofrece servicios de salud mental como terapia individual y en grupos además de servicios de medicamentos para abordar los problemas de salud mental y problemas de abuso de drogas. Para que usted pueda recibir el máximo beneficio de estos servicios, tal vez vamos a pedirle que venga a ambos, a terapia y a las citas acerca de medicamentos. En algunas ocasiones, la terapia o medicamentos posiblemente no sean necesarios. Los servicios son proveídos por enfermeras las cuales practican como doctores, doctores, psiquiatras, psicólogos, consejeros licenciados profesionales, trabajadores sociales clínicos con licencia, consejeros certificados sobre abuso de drogas, estudiantes en clínicas del nivel de postgrado y profesionales de salud mental los cuales son elegibles para licencia.

### **Acceso a servicios**

El acceso inicial a los servicios de salud mental es a través de una evaluación con un terapeuta que puede programarse con anticipación o proporcionarse sin cita previa. **Si tiene una experiencia de crisis en cualquier momento, favor de llamar al 911.** También se puede comunicar con alguna agencia de salud mental del condado o la ciudad o puede ir a la sala de emergencia de un hospital. En caso de ausencias imprevistas de su proveedor de salud mental, vamos a hacer todo lo posible por notificarle sobre la ausencia del proveedor. No proporcionamos evaluaciones de salud mental ordenadas por la corte; si está buscando una evaluación con nosotros, la expectativa es que recibirá nuestros servicios de salud mental.

### **Facturación y Autorización de Terceros**

Daily Planet Health Services es responsable de la facturación y el cobro del pago de los servicios y seguirá las prácticas comerciales aceptadas con respecto a los servicios de salud del comportamiento. Si se le ha asignado un copago, usted es responsable del pago en el momento de los servicios y también es responsable de obtener la autorización de su compañía de seguros si es necesario. En el caso de que haya un cambio con su seguro, usted será responsable de los cargos incurridos si no están cubiertos. Cuando se utiliza un tercero para el pago de servicios, usted está autorizando a Daily Planet Health Services a compartir su diagnóstico para facturación y a divulgar cualquier información necesaria para completar el proceso de facturación, así como solicitar sesiones adicionales cuando sea necesario.

### **Citas, Póliza de Cancelación, y Cierre de Caso**

Cada sesión de psicoterapia (esto incluye algunos grupos) será de 30 a 90 minutos y para la administración de medicamentos serán de 15 a 30 minutos; las sesiones más largas se cobrarán en conformidad. Como reservamos el tiempo de terapia específicamente para cada paciente, cumplimos con una política de cancelación. Si acude a citas de terapia 10 minutos tarde o más, su cita puede ser reprogramada. Las visitas psiquiátricas se programan con anticipación una vez que haya completado una evaluación de admisión. Si no puede asistir a su cita programada, debe notificar al personal de su cancelación con no menos de un día de anticipación de su cita. Esto nos permitirá contactar a los pacientes de nuestra lista de espera y ofrecerles una cita. No llamar para cancelar dentro de 24 horas antes de su cita, constituye una "falta". Si no se presenta a dos citas consecutivas para terapia o administración de medicamentos, su terapeuta y / o proveedor psiquiátrico puede finalizar sus servicios.



### **Pagos por trabajo de oficina y Audiencias de la Corte**

Se cobrará una tarifa por los servicios de cualquier solicitud de copias de su registro médico. Las copias deben solicitarse a través de su proveedor y / o nuestro personal administrativo y médicos. Daily Planet Health Services tiene 30 días para responder una vez que se realiza la solicitud. Se le notificará por adelantado la tarifa que se le cobrará y será determinada individualmente. Se requiere una cita adicional para pagar la tarifa. El personal de Daily Planet Health Services no asiste a las audiencias de la corte ni proporciona testimonio legal. El personal de Salud Mental del DPHS no completa el papeleo de discapacidad tampoco.

### **Archivo Médico Electrónico**

Daily Planet Health Services usa un récord médico electrónico, Electronic Clinical Works (eCW por sus siglas en inglés), para guardar su archivo médico. Usted pueda tener acceso a partes de su archivo y comunicarse con sus profesionales por medio del Portal del Paciente de eCW, incluyendo la posibilidad de reprogramar citas. Mensajes que usted mande por eCW se convierten en parte de su archivo.

### **Confidencialidad**

Cumplimos con las normas de confidencialidad más estrictas; sin embargo, en el caso de que consideremos que usted representa un peligro para usted mismo o para los demás; o que no puede cuidarse a sí mismo como resultado de su estado de salud mental; se notificará a las personas apropiadas y compartiremos información con ellos en la medida en que sea necesario para mantenerlo a salvo. Si hay razones para creer que un niño o un adulto vulnerable está siendo descuidado o maltratado, la ley exige que su proveedor informe a la agencia estatal correspondiente.

Además de servicios de consejería individual y familiar, podemos recomendar la participación en un grupo. La confidencialidad fuera de la sala de grupo es un valor para nosotros y comunicamos esto a todos los participantes, pero no podemos garantizar por completo la confidencialidad de todas las cosas compartidas en el grupo.

Si está involucrado en un procedimiento judicial y se nos solicita información sobre su tratamiento, la información no va a ser compartida sin su consentimiento. Sin embargo, si se recibe una Orden Judicial de un tribunal que solicita información sobre su tratamiento Daily Planet Health Services tiene la obligación de responder a menos que se presente una moción para "anular" (bloquear) la citación. Si no se aprueba la moción, los registros se colocan en un sobre sellado y se envían al Secretario del tribunal.

Cualquier información personal suya no será discutida con nadie excepto con el personal autorizado de Daily Planet Health Services o a menos que esa persona esté autorizada por las leyes estatales o federales, o que se firme un formulario de consentimiento para intercambiar información.

En algunas ocasiones su terapeuta pueda necesitar comunicarse con su contacto de emergencia y / o autoridades apropiadas en el caso de una emergencia.





### **Consentimiento para menores de edad**

Individuos menores de la edad de 18 deben tener la aprobación de sus padres o guardián para participar en los servicios de salud mental en DPHS. La ley federal 42 CFR, parte 2 detalla que alguna información de las sesiones de consejería acerca del uso de drogas pueda ser protegida y no compartida con los padres o guardianes si el/la cliente tiene más de 14 años y no desea dar consentimiento para compartir la información.

### **Teléfonos Celulares**

Por favor sea respetuoso y apague su teléfono celular mientras espera ser visto y durante la sesión de tratamiento. Entendemos que ocurren emergencias; pero responder teléfonos / textos durante la sesión de tratamiento no es aceptable.

### **Servicios de salud virtual**

Se le podría ofrecer la opción de recibir servicios usando la tecnología de videollamadas. Hay algunos beneficios y riesgos de esto en comparación con las sesiones en persona. La confidencialidad y todas las responsabilidades clínicas detalladas arriba aplican en los servicios de salud virtual, y las sesiones no van a ser grabadas a menos que usted lo autoriza antes. Para hacer videollamadas, usted necesita acceso a una cámara o teléfono celular 'inteligente' para la sesión. También se puede tal vez utilizar una oficina designado para pacientes en una de las locaciones la clínica. Es importante que usted este en un lugar callado, privado y libre de distracciones (incluyendo teléfonos celulares u otros aparatos) durante la sesión. Si usted no usa un lugar privado durante la sesión de salud virtual y alguien escucha la información personal o sensitiva que usted diga, es considerado una divulgación voluntaria y no es responsabilidad de Daily Planet Health Services. Si hay algún problema recurrente acerca de confidencialidad o acceso a un espacio sin distracciones, o por cualquier otra razón, su terapeuta se reserva el derecho de tomar la decisión de que los servicios de salud virtual no son apropiados y que las sesiones deberán ser en persona. También es importante usar una conexión de internet segura en vez de publica / Wi-Fi gratis. **Usted tiene que estar físicamente presente en el estado de Virginia durante su sesión para recibir los servicios de salud virtual.**

### **Precauciones**

La psicoterapia puede utilizar muchos tipos de terapia los cuales podrían incluir la terapia cognitiva y / o EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, por sus siglas en inglés). Estas estrategias de tratamiento han sido reconocidas por investigaciones para tratar una variedad de condiciones, como (pero no limitados a) depresión, ansiedad, ataques de pánico, desordenes de dolor, abuso sexual/físico, duelo, y la reducción de estrés.

Recuerdos angustiosos y no resueltos pueden surgir a través del uso de intervenciones clínicas como terapia cognitiva y/ o EMDR tanto como con otras estrategias de tratamiento. Algunos clientes puedan experimentar reacciones durante las sesiones de tratamiento que ni ellos ni el clínico que lo administre pueden haber anticipado, incluido (sin limitarse), a un alto nivel de emoción y / o sensaciones físicas.

Después de la sesión de terapia, el procesamiento de incidentes puede continuar, y otros sueños, memorias, recuerdos recurrentes, o sentimientos pueden surgir.

## **Consentimiento y Acuerdo del Contrato por los Servicios de Salud Mental**

Las primeras sesiones son una evaluación inicial para decidir sobre la relación terapéutica entre usted y el/la terapeuta de salud mental, la enfermera autorizada, o el psiquiatra. Ambos el terapeuta y usted decidirán si la relación terapéutica es justificada y decidirán un plan de tratamiento. Como resultado de estas evaluaciones, nos reservamos el derecho de referirlo a otros recursos comunitarios de salud mental que se consideren necesarios.

Todas las autorizaciones y reconocimientos firmados en el paquete de registración del Daily Planet Health Services incluyendo el Aviso de Practicas de Privacidad relacionado con seguro médico y derecho a tratamiento, aplica también a los servicios de salud mental.

Su firma por abajo significa que usted esta de acuerdo con lo siguiente:

Antes de comenzar los servicios de salud mental, yo he completamente considerado todo lo aquí escrito y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar. Yo sé que si deseo una copia de este consentimiento/contrato la oficina puede regalarme una. Yo he obtenido cualquier opinión adicional y/o consejo profesional que yo necesitaría y que fuera apropiado antes de tener tratamiento de salud mental. Al firmar abajo, estoy dando mi consentimiento de recibir tratamiento de salud mental de Daily Planet Health Services. Mi firma aquí en el Reconocimiento y Consentimiento de servicios está libre de presión o influencia de cualquier persona o entidad.

**Nombre (letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Firma del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Guardián legal (si es necesario):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo (si es necesario):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_