

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento: MES/DIA/AÑO		Nombre preferido:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono Principal #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo
Correo electrónico:		Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No escoger revelar

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

¿Tienes seguro médico? ☐ No ☐ Sí	Seleccione todas las que correspondan: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Privado ☐ Otro
Relación con el titular de la póliza: ☐ Yo mismo ☐ Padre ☐ Otro _____	¿Tiene un médico de atención primaria? ☐ No ☐ Sí, nombre: _____
Número de tarjeta de seguro (si no puede presentar la tarjeta):	
Insurance Company:	Grupo:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Dari ☐ Pashto ☐ Otro _____	¿Cuál es su situación de vida actual? ☐ Hogar propio (propio o familiar) ☐ Alquilar una casa o apartamento, no basado en ingresos (para sí mismo o familia) ☐ V ale de elección de vivienda para alquiler (Sección 8) ☐ Renta: basada en ingresos (no vale Housing Choice Voucher/Sección 8; no apoya los servicios de administración de casos) ☐ Alquiler: complejo de viviendas públicas ☐ Vivienda de apoyo permanente (vivienda para personas de bajos ingresos con servicios de apoyo o de gestión de casos) ☐ Otros programas de vivienda diseñados para ayudar a las personas sin hogar (por ejemplo, programas de realojamiento rápido) ☐ Vive temporalmente con familiares/amigos (debido a preocupaciones de seguridad, razones económicas o riesgo de quedarse sin hogar) ☐ Programa de vivienda de transición (por ejemplo, vivienda de transición para veteranos, casa de recuperación, Healing Place, vivienda de reingreso, etc.) ☐ Albergue (refugio para personas sin hogar, refugio familiar) ☐ Calle (afuera, refugio improvisado, campamento, automóvil) ☐ Otro (especifique): _____
Raza (s) - Marque todas las que correspondan: ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Indio asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Otro _____	
Etnia: ☐ Hispano/a o Latino/a ☐ Chicano ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Mexicano - Americano ☐ Español ☐ Puertorriqueño ☐ No Hispano	
Tipo de empleo: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Discapacitado ☐ Retirado ☐ Desempleado ☐ Dependiente	
Déjenos saber quién lo recomendó: _____	
¿Eres estudiante? ☐ Si ☐ No	

PADRE/GUARDIA #1

Apellido:		Nombre:		Inicial:
Fecha de Nacimiento <i>MES/DIA/AÑO</i>			Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Darí ☐ Pashto ☐ Otra _____	
Teléfono Principal #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		
Dirección:				
Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Correo electrónico:			Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No escoger revelar	
Relación a Paciente:				

PADRE/GUARDIA #2

Apellido:		Nombre:		Inicial:
Fecha de Nacimiento <i>MES/DIA/AÑO</i>			Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Darí ☐ Pashto ☐ Otra _____	
Teléfono Principal #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		Teléfono secundario #: Tipo: ☐ Celular ☐ Residencial ☐ Trabajo		
Dirección:				
Ciudad:	Estado:		Código postal:	
Correo electrónico:			Sexo: ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No escoger revelar	
Relación a Paciente:				

CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA PADRE/GUARDIA)

Nombre:	Relación:
Teléfono #:	Dirección:

CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA PADRE/GUARDIA)

Nombre:	Relación:
Teléfono #:	Dirección:

Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services a hablar con miembros de mi familia u otras personas acerca de resultados, hallazgos y decisiones relacionadas con mi atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas enumeradas a **Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad**. También entiendo que las personas autorizadas pueden acompañar a mi hijo(a) a las citas y ayudar en su cuidado. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito.

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

Firma de padre

Nombre

Fecha

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.



Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Daily Planet Health Services (DPHS) se compromete a brindar atención de alta calidad centrada en el paciente. De acuerdo con las regulaciones de atención médica y para asegurar que usted esté completamente informado, le pedimos que revise y firme este formulario antes de recibir servicios. Este documento proporciona información importante sobre sus derechos y responsabilidades con respecto al tratamiento médico y sobre cómo su información de salud puede ser utilizada y compartida. Por favor, lea cuidadosamente y hable con un miembro del personal si tiene alguna pregunta antes de firmar.

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.
- Doy mi consentimiento para que mis registros se compartan a través del Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange). Esto significa que sus proveedores y equipo médico pueden compartir de manera segura su información de salud con otros proveedores para ayudar a coordinar su atención. Notifique a un miembro del personal de Daily Planet si decide dejar de compartir su información.
- 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

- 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.**

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

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

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento:

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha de Firma

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. 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, y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo. Cada paciente será informado de sus derechos en el idioma que entienda y podrá recibir una copia escrita de los Derechos y Responsabilidades del Paciente si así lo solicita. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro sitio web: www.dailyplanetva.org.

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, 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 descarga 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 a notificar al personal 24 horas antes de la hora de la cita si no puede asistir 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 terminar los servicios en DPHS.
6. Para reportar cualquier queja o reclamo, siguiendo los procedimientos del 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 salga de 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

Fecha



Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Misión e Información del Programa

Daily Planet Health Services (DPHS) ofrece servicios de salud accesibles y de calidad, independientemente de la capacidad de pago. Se utiliza una Escala de Descuento de Tarifas Escalonadas, basada en las Guías Federales de Pobreza, para determinar los cargos de los pacientes que viven en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. La elegibilidad se determina por el tamaño de la familia/hogar y el ingreso anual.

- Una familia/hogar se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por matrimonio (incluidas uniones civiles o convivencia intencional), nacimiento o adopción (todas estas personas se consideran dependientes del adulto). Por ejemplo, todos los que están incluidos en las declaraciones de impuestos se consideran miembros de una sola familia/hogar.

Responsabilidad Financiera

- Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales pueda existir 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 a DPHS información actualizada de mi seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía aseguradora. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se presten los servicios, o que mi proveedor no figure como proveedor participante en 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 Guías Federales de Pobreza, soy elegible para solicitar el Programa de Descuento por Escala de Pago de DPHS, el cual puede reducir mi responsabilidad financiera según el tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a pagos de pacientes sin seguro. Para calificar, debo proporcionar comprobante de ingresos de un mes **dentro de los 30 días posteriores al registro**. Si no se recibe el comprobante dentro de este plazo, puedo ser responsable del costo total de los servicios. Acepto notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o en el tamaño de mi familia al momento de recibir los servicios.
- Entiendo que, ya sea que tenga seguro o sea paciente sin seguro, soy financieramente responsable de cualquier costo asociado con mi saldo como paciente, incluidos los costos de cobranza. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, tarjeta de débito o crédito, cheque o giro postal.
- Si no puedo pagar las tarifas requeridas al momento del servicio, los cargos se facturarán a mi cuenta. **De acuerdo con el requisito de documentación de ingresos dentro de los 30 días**, la falta de comprobante de ingresos puede resultar en que se apliquen cargos completos. Si no dispongo del pago, puedo ser reprogramado(a) y se me puede solicitar que lleve la documentación y el pago a una visita futura. Cuando se reciba la documentación, cualquier descuento aplicable se aplicará de manera retroactiva a los servicios prestados **dentro de los 30 días anteriores**. Entiendo la importancia de notificar a Daily Planet Health Services sobre cualquier cambio en mis ingresos o dependientes al momento de recibir los servicios.

Entiendo la política de comprobante de ingresos y de pago de tarifas de Daily Planet Health Services y acepto proporcionar la información de ingresos requerida dentro de los 30 días a partir de la fecha indicada a continuación para calificar para tarifas descontadas por servicios. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que el comprobante de ingresos para calificar para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas se requiere anualmente y según cambien los ingresos. Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera.

Firma

Nombre

Fecha



Aviso de Elegibilidad, Requisitos y Reconocimiento de Responsabilidad Financiera del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas

Requisitos de Comprobante de Ingresos: Por favor, traiga copias actuales de uno de los siguientes documentos dentro de los 30 días como comprobante de ingresos (marque lo que corresponda):

Puedo proporcionar documentación de ingresos:

- ☐ Talonario de pago de empleo actual – un mes
- ☐ Copia de W-2 reciente o declaración de impuestos más reciente
- ☐ Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período más reciente de 3 meses)
- ☐ Comprobante de Asistencia Pública (por ejemplo, TANF, Cupones de Alimentos) AVISO DE ACCIÓN
- ☐ Comprobante de pagos de SSI, SSDI y/o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)
- ☐ Estado de cuenta de pensión o jubilación
- ☐ Copia de pago de compensación por desempleo
- ☐ Copia de carta de determinación/estado de cuenta de Beneficios de Veteranos
- ☐ Copia de adjudicación/pago de manutención de hijos
- ☐ Copia de adjudicación/pago de pensión alimenticia
- ☐ Estado de cuenta bancario actual con información de depósito directo
- ☐ Carta del empleador – Declaración de ingresos en membrete de la empresa

No puedo proporcionar documentación de ingresos:

Si está experimentando falta de vivienda: si corresponde, debe proporcionar comprobante de falta de vivienda.

- ☐ Documento de falta de vivienda de una agencia de servicios para personas sin hogar o trabajador de alcance comunitario – debe estar en membrete de la agencia y fechado dentro de los 30 días de la cita.
- ☐ Si está sin hogar y sin ingresos, se requiere documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador de alcance comunitario.

No puedo proporcionar comprobante de mis ingresos y necesito elegibilidad temporal:

- ☐ Me pagan en efectivo.
- ☐ No recibo cheques de pago.
- ☐ No recibo talones de pago.
- ☐ No puedo obtener una carta de mi empleador. (explicar): _____

Ingreso Total de la Familia/Hogar: \$ _____ ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Cada dos semanas ☐ Semanal

Número total de personas en la familia/hogar (incluyéndose usted mismo) _____

- ☐ **No deseo solicitar el descuento de tarifas escalonadas. Entiendo que se me cobrará el costo total de los servicios y que no seré elegible para descuentos de farmacia 340B y otros beneficios.**

Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos al momento del servicio y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta elegibilidad es temporal y se espera que se renueve mensualmente. Entiendo que esto se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas y puede ser verificado por DPHS. Si intencionalmente tergiverso mis ingresos, puede que tenga que devolver los beneficios recibidos y puedo ser procesado bajo la ley estatal.

Firma

Nombre

Fecha

Certificación del Personal de DPHS:

Certifico que pregunté al solicitante/beneficiario sobre todos los ingresos del hogar. La información fue proporcionada únicamente por el solicitante y refleja su autoinforme. No alteré esta información. Entiendo que falsificar o ayudar en falsificar puede resultar en terminación y acción legal.

Firma del personal

Nombre del personal

Fecha



Consentimiento para Servicios de Salud Mental

Daily Planet Health Services brinda servicios de salud mental para menores que incluye terapia individual, consejería en grupo, y servicios de medicamento psiquiátrico para abordar problemas de salud mental y abuso de sustancias. Los servicios son proporcionados por Enfermeros(as) Especializados(as), Psiquiatras, Psicólogos(as), Licenciados(as) en Consejería Profesional, Licenciados(as) en Trabajo Social Clínico, Consejeros(as) Certificados(as) en Abuso de Sustancias, Pasantes Posgrados y Profesionales de Salud Mental elegibles para obtener la licencia.

Accediendo el Cuidado

Accediendo los servicios de salud mental se empieza con una evaluación inicial con terapeuta. Esta cita se puede agendar en avance o puede ser proporcionado sin cita previa, en ciertos días. **Si experimenta una crisis mental en cualquier punto, favor de llamar al 911.** Incluso, puede contactarse con la junta de servicios comunitarios en su local o puede ir al cuarto de emergencia en el hospital más cercano a usted. En el evento de ausencias imprevistas del proveedor de servicios de salud mental de su hijo(a), haremos todo lo posible para notificarle. No proporcionamos evaluaciones de salud mental únicamente para cumplir con órdenes judiciales—nuestra expectativa es si usted está buscando una evaluación, usted continuara con servicios de salud mental con nosotros en manera seguida.

Facturación y Autorizaciones de Tercera Parte

Daily Planet Health Services es responsable por la facturación y colección de pagos para servicios y seguirá ética empresarial con respeto a servicios de salud mental. Si ha sido asignado un copago, usted es responsable por ese copago al momento de los servicios de su hijo/a. Usted también es responsable por obtener una autorización de su seguro médico para los servicios, si es requerido. Si hay un cambio en la fuente de pagadora usted será responsable por cualquier cargo no cubierto. Cuando utiliza un tercero para el pago de servicios, usted está autorizando que Daily Planet Health Services use el diagnostico de su hijo(a) para fines de facturación; para divulgar información necesaria para completar el proceso de facturación; y para solicitar sesiones adicionales cuando sea clínicamente recomendado.

Citas, Póliza de Cancelación, y Cierre del Caso

Por favor permita 30 a 90 minutos para cada sesión psicoterapéutica—esto incluye ciertos grupos—y 15 a 30 minutos para citas de medicamento psiquiátrico. Sesiones más largas se cobrarán respectivamente. Nosotros reservamos cierto tiempo para cada paciente y necesitamos que usar la póliza de cancelación. Si su hijo(a) se demora más de 10 minutos a su cita de terapia, la cita puede ser reagendada. Visitas psiquiátricas son agendadas en avance después de completar una evaluación de inicio. Si su hijo(a) no puede atender la cita, usted es responsable de notificarnos por lo menos 1 día hábil en anticipación. Esto nos ayuda ofrecer la cita a alguien en nuestra lista de espera. Sin llamar para cancelar la cita 1 día hábil en anticipación se considera incomparecencia. Si falta a 2 citas seguidas, su proveedor psiquiátrico y/o su terapeuta puede cancelar sus servicios de salud mental.



Costos de Papeleo y Apariencia en La Judicial

Si desea pedir copias de los registros médicos de su hijo(a), puede ponerse en contacto con nuestro departamento de registros médicos. Menores de 14 años y adelante necesitan que autorizar la divulgación de sus registros personalmente. Solicitudes para copias de registros médicos serán cobrados el costo administrativo. Solicitudes de copias deben ser por medio de su proveedor y/o nuestros empleados administrativos y/o empleados de registros médicos. Daily Planet Health Services tiene hasta 30 días para responder a una solicitud. Usted será notificado(a) con anticipación si hay un costo para las copias. Este costo es determinado en manera individual y requiere una cita adicional para pagar el costo. Los empleados de Daily Planet Health Services no pueden atender audiencias judiciales y no pueden dar testimonio legal. Empleados de servicios de salud mental con DPHS no pueden completar papeleo de deshabilite.

Registros Médicos Electrónicos

Daily Planet Health Services usa un registro medico electrónico llamado Electronic Clinical Works (eCW) para retener el registro medico de su hijo(a). Mensajes que usted manda por medio de eCW pueden convertirse en parte del registro médico.

Confidencialidad

Daily Planet Health Services adhiere a las guías más estrictas de la confidencialidad; sin embargo, en el evento que creamos que su hijo(a) sea un riesgo a si mismo o a los demás—o si su hijo(a) no es capaz de completar el autocuidado por razones psiquiátricas—se notificará a las personas correspondientes y compartiremos la información que sea necesaria para mantener a su hijo(a) seguro(a). Si hay razón de creer que un menor de edad o un adulto vulnerable está siendo abusado o descuidado, la ley requiere que su terapeuta y/o proveedor psiquiátrico reporte estas sospechas a la agencia estatal más apropiada.

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 su hijo(a) está involucrado en un procedimiento judicial y se nos solicita información sobre su tratamiento, la información no va a ser compartida sin su autorización. Sin embargo, si se recibe una Orden Judicial de un tribunal que solicita información sobre el tratamiento de su hijo (a), 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 divulgada 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 case de una emergencia.



Menores de Edad

Individuos menores de la edad de 14 deben tener la aprobación de sus padres o guardián para participar en los servicios de salud mental en DPHS. **Es requerido que el Padre o Guardian de un cliente menor de 14 años se quede dentro del edificio mientras su hijo(a) pasa a su cita. No es permitido dejar su hijo(a) en nuestro edificio sin su presencia, en case de emergencia.**

Derechos de Confidencialidad para Menores

1. Ley Estatal de Virginia tocante el Código de Menores § 54.1-2969 (E)

- Menores de 14 años o más pueden consentir a su propio tratamiento de salud mental y/o consejería acerca del uso de sustancias.
- En estos casos, no se requiere notificar o obtener consentimiento de los Padres o Guardianes.
- Un proveedor puede divulgar información a un Padre o Guardian si es determinado que sea en el interés del menor y necesario para tratamiento.

2. Tratamiento de Abuso de Substancias:

- Un menor puede consentir a tratamiento de abuso de sustancias en programa ambulatorio o hospitalizado si el/ella tiene 14 años o más.
- Los proveedores son requeridos a involucrar los Padres/Guardianes si es apropiado, pero no son obligados para hacerlo si esto puede hacerle daño al menor o interferir con el tratamiento.

3. Situaciones de Emergencia:

- En caso de emergencia, el tratamiento puede ser brindado sin el consentimiento del Padre/Guardian si demorar el tratamiento supondría un perjuicio para la salud del menor.

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 a teléfonos / textos durante la sesión de tratamiento no es aceptable.

Servicios de salud virtual

Se le podría ofrecer a su hijo(a) 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 autoricen antes. Para hacer videollamadas, su hijo(a) necesita acceso a una cámara o teléfono celular 'inteligente' para la sesión. También hay veces en que se puede una oficina designada para pacientes en una de los sitios de DPHS. Es importante que



su hijo(a) este en un lugar callado, privado y libre de distracciones (incluyendo teléfonos celulares u otros aparatos) durante la sesión. Si el menor no usa un lugar privado durante la sesión de salud virtual y alguien escucha la información personal o sensitiva que ellos digan, 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 reserva el derecho de decidir 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. **Su hijo(a) 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 métodos 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 pueden experimentar reacciones durante las sesiones de tratamiento que ni ellos ni el proveedor 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 su hijo(a) y el/la terapeuta de salud mental, la enfermera autorizada, o el psiquiatra. Ambos el terapeuta y su hijo(a) decidirán si la relación terapéutica es justificada y decidirán un plan de tratamiento. Como resultado de estas evaluaciones, nos reservamos el derecho de referir a su hijo(a) 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 está de acuerdo con lo siguiente:

Antes de comenzar los servicios de salud mental, yo he completamente considerado todo lo que se ha escrito y he tenido la oportunidad de hacer preguntas para aclarar sobre el tratamiento de mi hijo(a). 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 para mi hijo(a).



Al firmar abajo, estoy dando mi consentimiento de que mi hijo(a) reciba 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 del Padre/Guardian (letra molde) : _____

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Nombre del Menor: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento del Menor: _____

Testigo (si es requerido): _____ Fecha: _____

INICIALES _____