



Información del paciente

(Por favor complete estos formularios minuciosamente, imprima claramente)

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre Preferido: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____ Número de Seguro Social del Paciente: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Otro: _____

Identidad de género: femenina Masculino Transgénero Otro: _____

Raza/etnicidad: Nativo americano asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico hispano Afroamericano Caucásico Otro: _____

Responsabilidad por la atención/pago del paciente

Fiesta responsable: Ser Garante/Tutor Legal Otro _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del responsable: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Teléfono # _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

Información del seguro (proporcione copias de todas las tarjetas de seguro)

- La póliza y/o plan de seguro fue elegido por usted y/o su familiar. Es su responsabilidad comprender las frecuencias, cláusulas y coberturas de su póliza/plan de seguro. Si somos proveedores, nuestra oficina solicitará un desglose básico de los beneficios para determinar un copago/coseguro de bolsillo "aproximado" para su visita de salud mental. Tenga en cuenta que las coberturas varían según el tipo de plan. No es una garantía de pago por parte de su compañía de seguros y usted es responsable de todos los cargos, ya sea que los pague su seguro o no. Inicial _____
- Estamos más que felices de trabajar con su compañía de seguros para maximizar sus beneficios de salud mental. Con gusto presentaremos sus reclamos de salud mental como cortesía hacia usted. El Dr. Olivera ha elegido participar con determinadas compañías de seguros y aceptar sus tarifas contratadas. El pago vence en el momento de la sesión a menos que se hayan hecho otros arreglos. Presentaremos su reclamo de seguro, pero usted es responsable de los deducibles, coseguros y copagos. Es su responsabilidad familiarizarse con los beneficios de su seguro y llamar a su compañía de seguros para que le envíen la autorización para su sesión a esta oficina. Inicial _____
- A partir del 1 de enero de 2024, habrá un cargo por procesamiento de tarjeta del 3% en todas las transacciones con tarjeta. Las cantidades no pagadas dentro de los 30 días generarán un cargo financiero mensual del 1,5%, calculado a partir de la fecha del servicio. En caso de que sean necesarias medidas de cobro, todos los gastos relacionados, incluidos los honorarios de agentes y/o abogados, serán responsabilidad del paciente, padre o tutor legal. Inicial _____

Compañía de seguro principal: _____ ID de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del suscriptor de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor de la póliza ____/____/____

Compañía de seguros secundaria: _____ Identificación de miembro: _____

Proveedor de cobertura de medicamentos recetados: _____ ID de miembro: _____ RxBIN: _____

PCN: _____ Grupo de receta #: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Solo nos comunicaremos con esta persona en caso de una emergencia médica, si no podemos comunicarnos con el paciente.

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____



Aviso de derechos y responsabilidades del paciente

Este documento tiene como objetivo informar a nuestros pacientes sobre sus derechos y responsabilidades mientras reciben atención médica. En la medida permitida por la ley, los derechos del paciente pueden delegarse en nombre del paciente a su tutor, pariente más cercano o persona responsable legalmente autorizada si el paciente: a) ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley, b) se determina que es médicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto, c) no puede comunicar sus deseos con respecto al tratamiento, o d) es menor de edad. Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de este aviso, notifique a cualquier miembro del personal. El cumplimiento de HIPAA es nuestro principal objetivo y hay un folleto disponible para todos los pacientes.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

¿Qué es HIPAA? HIPAA es un acrónimo de Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico. Entre otras medidas, la ley condujo al establecimiento de estándares federales para salvaguardar la "Información de salud protegida" (PHI) de los pacientes y garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI. creado, mantenido, procesado, transmitido o recibido electrónicamente (ePHI).

Explicación de la estimación de pago por cuenta propia para nuevos pacientes

El siguiente es el rango de costos probables para pacientes nuevos o establecidos sin seguro. Hasta que completemos una evaluación inicial y comencemos la atención, no tendremos una idea clara de su diagnóstico, problemas y necesidades específicos. Normalmente atendemos pacientes de terapia durante 25 sesiones por un costo total de \$3850.00. Pero en algunos o muchos casos los problemas de un paciente pueden ser más complicados, por lo que es posible que necesitemos sesiones adicionales durante el tiempo cubierto por este presupuesto. Por lo general, atendemos a pacientes con administración de medicamentos por un costo total de \$1900. Pero en algunos o muchos casos los problemas de un paciente pueden ser más complicados, por lo que es posible que necesitemos sesiones adicionales durante el tiempo cubierto por este presupuesto. Evaluación psiquiátrica o de psicoterapia inicial: \$250, seguimiento psiquiátrico o de psicoterapia: \$150

Derechos del paciente, reconocimiento de HIPAA y descargo de responsabilidad de pago por cuenta propia

Mi firma confirma que se me ha ofrecido la oportunidad de ver el Aviso de prácticas de privacidad del Riverview Community Mental Health Center. Una copia de este documento con más explicaciones está disponible para mi visualización, así como también disponible en nuestro sitio web.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha

Para obtener más información sobre nuestras políticas y sus derechos, escanee este código QR:



<https://riverviewcmhc.org/patient-resources/>

Consentimiento para tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico

Entiendo que mi diagnóstico y tratamiento por parte del personal clínico de RIVERVIEW COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER, LLC pueden estar condicionados a mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento. El objetivo principal es ayudarlo a identificar y afrontar más eficazmente los problemas de la vida diaria y afrontar los conflictos internos para lograr relaciones personales e interpersonales más satisfactorias. Este propósito se logra mediante:

1. Incrementar la conciencia personal de los obstáculos y las fortalezas.
2. Asumir la responsabilidad personal de realizar los cambios necesarios para lograr sus objetivos.
3. Identificar objetivos de tratamiento específicos.
4. Utilizar todos los recursos comunitarios, médicos y de autoayuda disponibles.

Al firmar a continuación, usted declara que ha leído y comprendido todas las declaraciones de política y que sus preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Usted acepta, comprende y se compromete a cumplir con el contenido de los términos de este acuerdo y además acepta participar en tratamiento y/o asesoramiento psiquiátrico. Puede retirarse del tratamiento en cualquier momento. Usted comprende que una copia del aviso de prácticas de privacidad de la oficina está disponible a pedido.

Firma del paciente/tutor legal

Fecha



Mantenimiento de registros

Mantendremos registros de nuestras sesiones. Estos registros se mantienen para garantizar la dirección de sus sesiones y la continuidad del servicio, así como el reembolso del seguro.

No se compartirán excepto con respecto a los límites de confidencialidad discutidos en la sección de confidencialidad. Si el cliente desea que se divulguen sus registros, debe firmar una autorización de divulgación de información que especifica qué información se divulgará y a quién. Los registros se conservarán durante al menos 7 años, pero podrían ser más largo. Los registros se mantendrán electrónicamente o en un archivo en papel y se almacenarán en un gabinete en mi oficina.

Inicial _____

Alta del paciente

Nos reservamos el derecho de finalizar la atención de un paciente a discreción del proveedor. Las razones para el alta de un paciente incluyen, entre otras, el pago extemporáneo de las tarifas de servicio, el comportamiento del paciente en el consultorio o por teléfono, conflictos de intereses, incumplimiento del plan de tratamiento y las necesidades del paciente están más allá de nuestro nivel de atención.

Inicial _____

Cancelaciones y sesiones de terapia perdidas

Como cortesía, se llama a todos los pacientes para recordarles sus citas programadas. Pedimos que todos los pacientes llamen para cancelar en caso de que no puedan programar una cita programada.

A partir del 1 de enero de 2023, cobraremos por todas las citas perdidas que ocurran sin la cancelación adecuada (con 24 horas de anticipación). Tarifa de administración de medicamentos: \$25 -

Tarifa de terapia: \$40. Puede dejarnos mensajes las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de nuestro servicio de contestador automático cuando la oficina esté cerrada. Esta tarifa no está cubierta por su seguro.

Las citas iniciales de psicoterapia requieren un depósito de \$40, que se reembolsa después de la sesión inicial.

Inicial _____

Su firma a continuación indica que ha leído y reconocido este formulario completo y acepta sus términos.
Se le puede proporcionar una copia de este formulario si lo solicita.

Firma del paciente/tutor legal

Nombre (por favor imprima)

Fecha

Escanee este código QR para visitar nuestra página de recursos para pacientes y obtener más información.





865 SE Monterey Commons Blvd
Stuart, FL 34996
o 772-266-4713
o 772-888-9082

451 SW Bethany Drive, Suite 103
Puerto Santa Lucía, FL 34986
o 772-301-1354
f 772-281-2706

Autorización para obtener y divulgar información

Este formulario nos permite obtener o divulgar registros médicos específicos o completos del paciente a un tercero.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____ Vencimiento del formulario: _____

Esto autorizará a Riverview Community Mental Health Center a revelar y/u obtener información del paciente de y/o a:

Nombre de la persona u organización: _____ Relación: _____

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Información que se publicará:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Cartas de pacientes (si corresponde) |
| <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio (VIH, Hepatitis, TB) | <input type="checkbox"/> Presencia en Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Análisis de orina | <input type="checkbox"/> Fechas de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Historial médico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de admisión | <input type="checkbox"/> Volver al trabajo |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Información de programación/cambios |
| <input type="checkbox"/> Información sobre medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____ | |

La persona antes mencionada tiene los siguientes derechos:

- Esta autorización es efectiva únicamente para la información de atención médica solicitada y autorizada anteriormente. Puede solicitar y recibir una copia de este formulario.
- Esta autorización vencerá en la fecha que indicó anteriormente. Además, puede revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a esta práctica. Su revocación se respetará excepto en la medida en que se haya actuado de buena fe mientras esté vigente.
- Tiene derecho a inspeccionar la información que autoriza que se vuelva a divulgar. Este y otros derechos específicos relacionados con el manejo de su información médica se describen en nuestro documento de Prácticas de Privacidad.
- La información que usted autoriza a divulgar podría volver a divulgarse o divulgarse por parte del destinatario; dichas divulgaciones o divulgaciones adicionales pueden no estar prohibidas por ley. No somos responsables de las acciones de otras personas a quienes se les pueda proporcionar información divulgada como resultado de esta autorización.
- Puede negarse a firmar esta autorización. Tal rechazo no afectará su capacidad para obtener tratamiento en la medida en que la información solicitada pueda ayudar a su proveedor de atención médica a determinar el tratamiento adecuado. Su negativa a firmar esta autorización no afectará sus beneficios de elegibilidad.

Reconozco y doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener alcohol, abuso de drogas, resultados psiquiátricos, de VIH o información sobre SIDA.

Reconozco y doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener alcohol, abuso de drogas, resultados psiquiátricos, de VIH o información sobre SIDA. He leído lo anterior y autorizo la divulgación de información de salud protegida como se indica.

Firma del paciente/representante legal

Nombre impreso

Fecha



Cuestionario de salud mental (complételo minuciosamente)

¿Cuál es su principal queja? _____ Fecha de inicio: _____ ¿Ha sufrido esto anteriormente? _____
¿Terapeuta anterior visto para esto? _____
Tratamiento previo: _____
Factores agravantes: _____
Factores de alivio: _____

Síntomas actuales (marque todos los que correspondan)

Ansiedad Problemas de apetito Evitación Crisis de llanto Depresión Energía excesiva Culpa Alucinaciones Fatiga
Impulsividad Irritabilidad Cambios en la libido Ataques de pánico Pensamientos acelerados Pérdida de interés
Actividad riesgosa Cambios en el sueño

Historial médico

Frecuencia de ejercicio: _____ Tipo de ejercicio: _____ Alergias: _____
Medicamentos que toma actualmente: _____
¿Diagnóstico/tratamiento de salud mental previo? _____ Tratamiento médico previo: _____

Cirugías: _____

Historia familiar

¿Fuiste adoptado? _____ Si es así, ¿qué edad? _____ ¿Cómo es tu relación con la madre? _____ ¿Padre? _____ ¿Tienes hermanos? _____
¿Relación con ellos? _____ ¿Padres casados? _____ ¿Padres divorciados? _____ Si es así, ¿cuándo? _____
Problemas médicos familiares: _____

Desarrollo temprano

¿Dónde creciste? _____ ¿Con qué frecuencia te mudaste cuando eras niño y adónde? _____
¿Qué edad tenía cuando se fue de casa? _____ ¿Cuántos familiares directos fallecieron? _____ ¿Cuántos se suicidaron? _____ ¿Quién? _____ ¿Traumas personales? _____
¿Abusos sufridos y por quién? _____ Nivel de educación más alto completado: _____ ¿Alguna vez ha servido en el ejército? _____
¿Si sí, cuándo? _____
Fechas de servicio: _____ Clasificación más alta recibida: _____

Situación presente:

Trabajo: Tiempo completo A tiempo parcial Estudiante Desempleado Discapacitado Retirado

¿Está casado? _____ En caso afirmativo, fecha de matrimonio: _____
¿Estás divorciado? _____ En caso afirmativo, fechas de divorcio: _____
¿Matrimonios anteriores? _____ En caso afirmativo, ¿cuántos? _____ ¿Cuál es tu orientación sexual? _____ ¿Es usted sexualmente activo? _____
¿Cómo es tu relación con tu pareja? _____ ¿Tienes hijos? _____



Fechas de nacimiento: _____ ¿Cómo es su relación con sus hijos? _____

Enumere a cualquier otra persona que viva con usted: _____

¿Es usted miembro de un grupo religioso/espiritual? _____ Si es así, ¿qué? _____

¿Cuál es su nivel de implicación? _____

¿Alguna vez ha sido arrestado? _____ ¿Si es así, cuándo y por qué? _____

¿Cuál de las siguientes opciones ha probado? (marque todas las que correspondan)

Alcohol Tabaco Marihuana Alucinógenos (LSD) Heroína Estimulantes (pastillas) Metanfetaminas Cocaína

Éxtasis Metadona Tranquilizantes Analgésicos

Otros _____

¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol o drogas? _____ ¿Si sí, cuándo? _____

¿Para qué sustancias? _____

¿Fumas cigarrillos? _____ Si es así, ¿cuántos por día? _____

¿Bebes alcohol? _____ Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

¿Bebes bebidas con cafeína? _____ Si es así, ¿cuántos por día? _____ ¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? _____ En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

Cualquier otra cosa que desee que el proveedor sepa: _____



Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Nombre fecha _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? (un círculo)	De nada	Varios días	Más de la mitad del día	Casi todos los días
1. Poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, que es un fracaso, que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas lo han notado. O al contrario - Estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño	0	1	2	3

agregar columnas _____ + _____ + _____ + _____

TOTAL

10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

NO ES NADA DIFÍCIL _____
 ALGO DIFÍCIL _____
 MUY DIFÍCIL _____
 EXTREMADAMENTE DIFÍCIL _____