



FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha: _____
Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

Si el paciente es menor de 18 yrs años este formulario debe de ser llenado por el Representante Legal

Nombre de Representante Legal: _____

Telefono de Casa # _____ **Celular #** _____ **Trabajo #** _____

Correo electronico: _____ **Seguro Social #** _____

Direccion de Casa: _____ **Apt#** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Otro _____

Contacto de Emergencia: _____ **Telefono #** _____

Relacion al Paciente: _____

Medico Primario (PCP): _____ **Telefono #** _____

INFORMACION DEL SEGURO / RESPONSABILIDAD FINANCIERA (ANEXE COPIA DEL SEGURO)

Seguro Primario: _____ **Miembro ID#** _____

Nombre como esta en el Seguro: Nombre del Paciente Otro Nombre: _____

Medicare ID# _____ **Medicaid ID#** _____

ASIGNACION DE SEGURO Y ACUERDO DE AUTO PAGO AUTORIZACION PARA PUBLICAR

Certifico que tengo cobertura de seguro con la compania de seguros primaria, y el pago del seguro secundario, si corresponde. Yo autorizo a Behavioral Collaborative Care Solutions (BCCS) (incluyendo Hernan Pabon MD, Oscar Pozo MD, Octavio Alfonso APRN, Albert Garcia APRN, Adriana Aristizabal APRN, Steven Krywinski PhD, o cualquier otro clinico con el grupo de BCCS) todos los pagos del seguro, si corresponde, pagables para los servicios remitidos. Entiendo que soy financieramente responsable de un deducible, copagos, coseguro, cuotas de citas perdidas, cargos no cubiertos y cualquier otro saldo no cubierto por un contrato entre Behavioral Collaborative Care Solutions, LLC y mi Seguro, o otro pago de terceros. Autorizo el uso de mi firma para todos los envios de seguros. Me gustaria que este pago de los beneficios de Medicare, si corresponde, los beneficios de Medigap, se realicen a mi nombre a "Behavioral Collaborative Care Solutions, LLC" para cualquier servicio proporcionado para este proveedor.

Si paga por cuenta propia, entiendo que es mi responsabilidad pagar los servicios prestados al momento de la visita.

Entiendo y acepto que "Behavioral Collaborative Care Solutions LLC" puede usar mi informacion de salud a el/los Seguro mencionado arriba para pagar servicios y beneficios. Entiendo que si una autorizacion es necesitada de mi seguro medico, sera mi responsabilidad obtener la autorizacion y entregarselo a BCCS.

X _____

Firma del Paciente, Padre, Guardian o Representante Legal

Fecha

X _____

Nombre del Paciente, Padre, Guardian o Representante Legal



La siguiente información es proporcionada por: Paciente (auto) Padre Miembro de Familia: _____ Otro: _____

Lugar de nacimiento (ciudad y estado): _____

Situación de la vivienda: Vivir solo Vivir con esposo/a Vivir con pareja Vivir con compañero(s) de habitación(s)
 Vivir con los padres Vivir con hermano/hermana Vivir con tía/tío Vivir con abuelos

Cuantos viven en el hogar, incluyendo usted mismo? _____

1. Directivas avanzadas:

Ninguno No resucitar Voluntad Viviente Poder notarial duradero (copia deróvulo) Healthcare Proxy (proporcionar copia)

Queja principal: ¿Cuál es la razón de su visita?

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adicción | <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Indefenso | <input type="checkbox"/> Efectos de la Medicinas | <input type="checkbox"/> Fobia |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Desesperada | <input type="checkbox"/> Problema de memoria | <input type="checkbox"/> Autolesiones |
| <input type="checkbox"/> Ira/Temper | <input type="checkbox"/> Nivel de Energia Disminuyo | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Obsesion/ OCD | <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Ataques de Panico | <input type="checkbox"/> Lagrima |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Paranoia | <input type="checkbox"/> Inutilidad |
| <input type="checkbox"/> Atracones | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Mania | <input type="checkbox"/> Parkinson's | <input type="checkbox"/> concentracion es pobre |

Otro, explicar: _____

Estresores:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda | <input type="checkbox"/> Companero/Amistad |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Problemas Financieros | <input type="checkbox"/> Recursos Limitados | <input type="checkbox"/> Sistema de soporte |
| <input type="checkbox"/> Problemas Educativos | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud | <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> Problemas de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Fortalezas personales, Habilidades, Habilidades, Motivación (lista de todos los que se aplican al estado actual del paciente):

¿Fecha de su análisis de sangre más reciente? _____ * **Dónde?** LabCorp Millennium PhysLab Quest Diagnostics

**Le pedimos que proporcione una copia de sus resultados más recientes del laboratorio de análisis de sangre con este documento o que nos los envíe por fax.*

¿Alguna vez has tenido un electrocardiograma (EKG/ECG)? No Sí, Cuando: _____

Fue el electrocardiograma (EKG/ECG): Normal Anormal Desconocido

1. ALERGIAS:

Alergia a Alimentos / Medicamentos	Tipo de reacción



MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS ACTUALES

Medicamentos Actuales	Dosis (mg: Tablets or Capsules or other dose type)	Frecuencia	Ultima dosis tomada
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	
	<input type="checkbox"/> mg (_ TAB _ CAP)	x day <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> As needed	

¿Alguna vez ha interrumpido o alterado la dosis prescrita de su medicamento sin la recomendación de su medico tratante?

Si En caso afirmativo, sírvase explicar: NO

3. **EVALUACIÓN NUTRICIONAL:** Altura: _____ Peso actual: _____

Sin querer, ¿has perdido / ganado más de 10 libras en los últimos 6 meses? o YES o NO

En caso afirmativo,

Cantidad de Peso Perdido: _____ Cantidad de peso ganado: _____

Patrones de sueño: Horas cada noche: _____ o Despierta con frecuencia o Dificultad para volver a dormir
 o Dificultad para conciliar el sueño

4. **EVALUACIÓN FUNCIONAL:**

¿Ha experimentado una reciente pérdida de independencia en el cuidado de sí mismo? o YES o No

En caso afirmativo, por favor explicar: _____

Comentarios - En sus propias palabras, describa por qué ha buscado servicios con nosotros?

¿Ha tenido historial de trauma (por ejemplo: sexual, verbal, fisico)?



Bienvenido a **Behavioral Collaborative Care Solutions, LLC (BCCS)**. Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y políticas de negocio. Por favor, léelo cuidadosamente y note cualquier preguntas que pueda tener para discutirlo en la próxima visita.

Este paquete de consentimiento constituye un acuerdo vinculante entre nosotros.

La filosofía de nuestra práctica para combinar la psiquiatría (manejo de medicamentos) y psicoterapia para enseñar al cliente cómo identificar el pensamiento que lleva a los sentimientos y comportamientos que puede ser insalubre y/o contraproducente. La psicoterapia ha se ha demostrado que tiene beneficios para las personas que lo emprenden. Terapia a menudo conduce a una reducción significativa en sentimientos de angustia, mejores relaciones, y resoluciones de Problemas. Sin embargo, no hay garantías sobre lo que sucederá.

Cancelaciones tardías y no shows

Esta política se ha establecido con el fin de proporcionar el servicio de más alto nivel a todos nuestros pacientes. Ha sido demostrado que la coherencia asistencia proporciona para la mayor oportunidad de éxito. Al darnos aviso de una cancelación, podemos ser capaces de acomodar a otros pacientes con su ranura de cita.

- Los pacientes deben llamar al menos 24-horas antes de su hora programada, cuando a sabiendas son incapaces de hacer su cita. Las cancelaciones dentro de las 24 horas posteriores a la cita se considerarán una cancelación tardía.
- Un paciente podrá continuar con su terapia después de que no se presentara/cancelación tardía, siempre que se proporcione una explicación al Terapeuta.
- Después de dos (2) no shows/cancelaciones tardías, el paciente será descargado del tratamiento.
- Los pacientes recibirán recordatorios telefónicos/de texto de las fechas/horas de la cita antes de la cita (a menos que el paciente decida no ser llamado).
- Aplicamos un \$25 no-show o cargo por cancelación tardía.

Contactar con nosotros

Nuestro número de oficina principal es 305.671.3503. Si no estamos disponibles para tomar su llamada, por favor no dude en dejar un mensaje. Tu terapeuta proporcionará un número de contacto para usted para llegar a ellos directamente. *Si usted experimenta a emergencia potencialmente mortal, Llame al 911 o ir al hospital más cercano sala de emergencias y solicitar ser visto por una profesión de salud mental.*

Insurance

Si tiene seguro médico que cubre salud mental, que will be citad su deducible, si se aplica, así como cualquier coseguro o co-pago que pueden aplicarse por sesión. Además de las sesiones, debemos cobrar estas cantidades en un base prorrateada para otros profesionales servicios que pueda requerir, como la redacción de informes o consultas con otros Profesionales (médico de atención primaria, Psicólogo, Psiquiatra, etc.). Le alertaremos de cualquier tiempo billable antes de cargar su cuenta y requerirá su permiso por escrito antes de consultar a proveedores adicionales fuera de BCCS.

Si desea el desembolso de seguros, usted está obligado a presentar su información de seguro médico y permitir la verificación adecuada por nuestra oficina, antes de ser visto. Usted es totalmente responsable para la tasa de escala no deslizante, pagando la totalidad cantidad por sesión o usted es co-pago en la red. La oficina discutirá esto con usted en detalle antes de programar una sesión de seguimiento. Tenga en cuenta también que, con el fin de calificar para el seguro Reembolso, estamos obligados a darle una evaluación de salud mental (diagnóstico) que puede evitar que usted esté cubierto por servicios similares en el futuro.

MD/ ARNP /Ph.D./ LMHC / RMHC / Estudiantes en rotación formativa

BCCS es una práctica de grupo privado para la salud mental. Los médicos que prestan servicios como parte de nuestro equipo de salud mental son actuales Licencia/Registrado o En rotación debajo de Florida Medical certificaciones de buen standing. Los proveedores deben colaborar/extenden o estar bajo supervisión directa según las regulaciones de Florida, proveedores que requieren están bajo la colaboración/supervisión directa del Dr. Hernan Pabón y/o Steven Krywinski, Ph.D. Estos son requisitos regulados por el Estado de la Florida con el fin de cumplir sus licencias independientes Licencias completas. Nuestros médicos a veces se les pide que hacer sombra entre sí, proporcionar terapia conjunta (donde hay dos médicos trabajando con el cliente/s), grabar una sesión, observar una sesión específica o curso de terapia, o co-facilitar un grupo. Nuestra Salud Mental Colectiva es un equipo de los médicos todos trabajando juntos para aumentar el acceso al bienestar mental. Consideramos a cada clínico para estar trabajando como parte de este equipo. Usted tiene derecho a solicitar servicios que prestará un MD psiquiátrico o un LMHC con licencia completa. Personal actual: (Hernan Pabon, MD, Oscar Pozo, MD, Steven Krywinski, Ph.D, Albert Garcia, ARNP, Octavio Alfonso, ARNP/Extender, Francisco Brenes, ARNP, Adriana Arisitizabal ARNP, Xenia Cabrera LMHC, Claudia Quintanilla, MS, R-IMH, Carol Pulido, MS, R-IMH.) En un momento dado, el personal actual puede cambiar, así como el estado actual de las licencias.

Iniciales: _____



Si te involucras o actualmente estan involucrados en litigios que requiere su participación terapeuta,

Nosotros no testificamos o atendemos cualquier tribunal audiencia bajo ninguna Circunstancia. Se espera que usted nos informe inmediatamente si usted está involucrado en cualquier manutención de niños, Custodia, Discapacidad y/o caso penal civil.

Registro Profesional

Tanto la ley como las normas de mi profesión requiere ~~que~~ mantenemos apropiado registros de su tratamiento. Usted tiene derecho a recibir una copia de los registros a su solicitud por escrito a menos que nosotros creamos que verlos seria emocionalmente perjudicial para usted. Por la razon que estos son registros medicos professional estuarian escrito en lenguaje tecnico, pueden ser malinterpretados o puede ser molesto, así que si usted solicita sus registros, recomendamos que usted y su proveedor lo revisen juntos para discutir lo que contienen. Cualquier nota el Proveedor puede tomar para propósitos académicos no contienen información que pueda identificarlo/a y *no* son parte de su información médica protegida (descrito en more detallado en el HIPAA que lo acompaña en este paquete).

Pantalla de drogas aleatorias: Tenga en cuenta que podemos solicitar examen de drogas para seguros y seguridad del paciente. Si su aleatorio chequeo indica Positivo a cualquier sustancia ilegal, usted será dado de alta Inmediatamente de nuestra oficina sin ninguna continuación de medicacion.

Autorización del Paciente para Tratar

Al firmar a continuación, Yo autorizo BCCS LLC (incluyendo, pero no limitado a todos los proveedores del personal) para llevar la evaluación y procedimientos que puedan ser necesario para mi tratamiento. Esta autorización incluye Evaluaciones Psiquiátrico, Manejo de Medicamentos Psiquiátricos, Terapia de grupo, y Psicoterapia Individual.

Su firma abajo indica que usted a leído la informacion en este document y estoy de acuerdo a cumplir con los términos durante nuestra relación profesional.

Nombre del Cliente (Impreso) _____

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Consentimiento de padres/tutores para menores

Certifico que soy el padre o tutor legal de: _____

Por la presente autorizo a BCCS, LLC a llevar a cabo los procedimientos de evaluación y tratamiento que sean necesarios para la atención de salud mental de mi hijo.

Nombre del menor (Impreso): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____

Padre/Tutor (Firma): _____

Padre/Tutor (Nombre impreso): _____

Fecha: _____



Autorización para el consentimiento para el tratamiento a través de la telemedicina

La telemedicina implica el uso de las comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores de atención médica en diferentes lugares para compartir paciente individual información médica para el propósito de mejorar atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas, y sub-especialistas. La información puede ser utilizado para el diagnóstico inicial, Terapia, seguimiento, y/o Educación, y puede incluir lo siguiente:

- Registros médicos de pacientes
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccionales en directo
- Datos de salida de dispositivos médicos (incluidos archivos de sonido y vídeo)

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán y protocolos de seguridad de software para proteger la confianza de la identidad del paciente identificación y datos de imágenes e incluirá medidas para proteger la guardia segura los datos y para asegurar su Integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios Esperados:

- Acceso mejorado a atención médica al permitir un paciente para permanecer en oficina o en un sitio remoto mientras el médico obtiene la prueba resultados y consultas de un proveedor a distancia/otro citios.
- Evaluación y gestión médica más eficientes
- Obtención de experiencia de un especialista distante

Posibles Riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no pueden limitarse a:

- En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo: resolución deficiente de imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas por parte del médico y consultor(es)
- Los retrasos en la evaluación médico del tratamiento podrían ocurrir debido a deficiencias o fallas del equipo
- En muy rara instancia, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal
- En raras ocasiones, la falta de acceso a registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de sentencia.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina y que ninguna información obtenida en el uso de la tecnología que me identifica me será revelada a investigadores y otras entidades sin consentimiento.

1. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención en cualquier momento. Mi psiquiatra/terapeuta explicado las alternativas a mi satisfacción.
2. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada durante la interacción de telemedicina y puedo recibir copia de esta información por una tarifa razonable.
3. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica puede estar disponibles *para* mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi psiquiatra ha explicado las alternancias a mi satisfacción.
4. Entiendo que la telemedicina puede involucrar comunicación electrónica en mi información médica personal a otros médicos que pueden ser localizado en otras áreas, incluyendo fuera de los proveedores de estadísticas.e proveedores.
5. Entiendo que es mi deber informar a mi psiquiatra de las interacciones electronicas con respecto a mi cuidado que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos para el uso de Telemedicine en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar o asegurar resultados.

Consentimiento para Tartar Paciente por Telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica care. **Por la presente autorice a Behavioral Collaborative Care Solutions a utilizar la telemedicina en el transcurso de mi diagnóstico y tratamiento.**

Firma del paciente: _____

Fecha de hoy: _____

(o persona autorizada para firmar para el paciente)

Si*, firmante autorizado, relación con el paciente: _____

*Se debe presentar una foto de identificación de la persona autorizada que firma en nombre del paciente.



AVISO DE PRACTICA

Por favor tenga en cuenta,

Si usted está buscando cualquiera de los siguientes formularios, por favor hable con el personal administrativo antes de programar su cita. El proveedor médico (MD, ARNP y/o Terapeuta) no abordará estos problemas durante su consulta.

FMLA (Licencia Médica Familiar de Ausencias)

Mascota de apoyo emocional

Discapacidad (corto o largo plazo)

N-648 (Ciudadanía Formulario de discapacidad)

Formularios de la Escuela Pública

Jurado

Además, si se le receta algún tratamiento de medicamentos psicotrópicos, el proveedor médico que emite la receta indicará en la receta real si se proporcionará alguna recarga. Nunca se dan recargas en sustancias controladas psicotrópicas (es decir: Adderall, Vyvanse, Concerta, Focalin).

No proporcionamos recargas por fax o llamadas a la farmacia; pueden aplicarse algunas excepciones. Si usted siente que esto puede ser un problema con su compliance con su plan de tratamiento de medicamentos, por favor hable con su proveedor directamente o el gerente de la oficina.

Iniciales: _____