

Fullerton Neuropsychological Services

CLINICAL PSYCHOLOGY & NEUROPSYCHOLOGY

Su firma indica que ha leído la información de este documento y estoy de acuerdo con sus términos durante nuestra relación profesional.

Mi firma abajo indica QUE HE LEIDO ESTE CONTRATO Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS Y también sirve como un RECONOCIMIENTO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE FORMA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Rev. 02/12

NOMBRE IMPRESO DEL PADRE / TUTOR

FIRMA del paciente / TUTOR

FECHA

Fullerton Neuropsychological Services

CLINICAL PSYCHOLOGY & NEUROPSYCHOLOGY

Su firma indica que ha leído la información de este documento y estoy de acuerdo con sus términos durante nuestra relación profesional.

Mi firma abajo indica QUE HE LEIDO ESTE CONTRATO Y ESTOY DE ACUERDO CON SUS TÉRMINOS Y también sirve como un RECONOCIMIENTO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE FORMA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Rev. 02/12

NOMBRE IMPRESO DEL PADRE / TUTOR

FIRMA del paciente / TUTOR

FECHA

ayudar en la protección de la víctima.

- Si tengo un motivo razonable para creer que el paciente está en tal condición mental o emocional como para ser peligroso para él o ella, puedo ser obligado a tomar medidas de protección, incluyendo la búsqueda de hospitalización o ponerse en contacto con miembros de la familia u otras personas que pueden ayudar a proporcionar protección .

Si surge una situación así, voy a hacer todo lo posible para discutir plenamente con usted antes de tomar cualquier acción y voy a limitar mi revelación a lo estrictamente necesario.

Si bien este resumen escrito de excepciones a la confidencialidad deberían resultar útiles para informarle sobre posibles problemas, es importante que discutamos cualquier pregunta o preocupación que usted pueda tener ahora o en el futuro. Las leyes que rigen la confidencialidad pueden ser bastante complejos, y no soy un abogado. En situaciones donde se requiere el asesoramiento específico, puede ser necesario el asesoramiento jurídico formal.

MENORES Y PADRES

Los pacientes de menos de 18 años de edad que no estén emancipados pueden consentir a los servicios psicológicos sujetas a la intervención de sus padres o tutor legal a menos que el psicólogo determina que su participación sería inapropiado. Un paciente de más de 12 años de edad puede consentir a los servicios psicológicos si él o ella es lo suficientemente maduro para participar inteligentemente en este tipo de servicios, y el paciente menor de edad o bien presentaría un peligro de daño físico o mental grave para sí o para otros, o es la supuesta víctima de incesto o abuso infantil. Además, los pacientes con más de 12 años de edad pueden dar su consentimiento para tratamiento de alcohol y drogas en algunas circunstancias. Sin embargo, los pacientes dependientes menores de 18 años de edad y sus padres deben ser conscientes de que la ley puede permitir a los padres para examinar los registros de tratamiento de su hijo a menos que determine que el acceso tendría un efecto perjudicial sobre mi relación profesional con el paciente, oa su / su seguridad física o psicológica bienestar. Debido a la privacidad en la psicoterapia es a menudo crucial para el progreso de éxito, sobre todo entre los adolescentes, y la participación de los padres, también es esencial, por lo general es mi política de solicitar a un acuerdo con los menores [mayores de 12 años] y sus padres sobre el acceso a la información. Este acuerdo establece que durante el tratamiento, voy a dar a los padres la información general sólo con sobre el progreso del tratamiento, y la asistencia del paciente en sesiones programadas. También proporcionará a los padres con un resumen de tratamiento de su hijo cuando se ha completado. Cualquier otro tipo de comunicación requerirá autorización del niño, a menos que sienta que el niño está en peligro o es un peligro para alguien más, en cuyo caso, voy a notificar a los padres de mi preocupación. Antes de dar a los padres la información, voy a discutir el asunto con el niño, si es posible, y lo mejor de mí para manejar cualquier objeción que él / ella pueda tener.

representante designado legalmente) autorización por escrito, una orden judicial, o proceso obligatorio (una citación) o solicitud de descubrimiento de otra parte en el procedimiento judicial en ese partido le ha dado la debida notificación (cuando sea necesario) ha declarado fundamento jurídico válido para la obtención de PHI, y no tengo motivos para objetar la ley estatal (o que me has instruido no objetar). Si usted está involucrado en un litigio o contemplando, usted debe consultar con su abogado para determinar si un tribunal sería probable que me ordene a revelar información.

- Si una agencia de gobierno está solicitando la información para actividades de supervisión sanitaria en virtud de su autoridad legal, se me puede exigir que le proporcione por ellos.
- Si un paciente presenta una queja o demanda en contra de mí, puedo divulgar la información pertinente relativa a que el paciente con el fin de defenderme.
- Si un paciente presenta un reclamo de compensación de trabajadores, debo, a petición apropiada, divulgar la información pertinente a la situación de la demandante, a la compañía de seguros de compensación de trabajadores.

Hay algunas situaciones en las que estoy legalmente obligado a tomar acciones, que creo que son necesarias para tratar de proteger a los demás del peligro y voy a tener que revelar alguna información sobre el tratamiento de un paciente. Estas situaciones son inusuales en mi práctica.

- Si tengo conocimiento de un niño menor de 18 años o que razonablemente sospechar que un niño menor de 18 años que he observado ha sido víctima de abuso o negligencia infantil, la ley exige que puedo presentar un informe con la agencia gubernamental apropiada, por lo general el condado departamento de bienestar. También puedo hacer un informe si sé o sospecha razonable de que el sufrimiento mental ha sido infligido a un niño o que su bienestar emocional está en peligro de ninguna otra forma (que no sea el abuso físico o sexual, o negligencia). Una vez que se presentó dicho informe, se me puede exigir que proporcione información adicional.
- Si observa o tiene conocimiento de un incidente que razonablemente parece ser el maltrato físico, abandono, secuestro, aislamiento, abuso financiero o negligencia de un anciano o adulto dependiente, o si un anciano o adulto dependiente informa creíble que él o ella ha experimentado la conducta, incluso un acto u omisión que constituye maltrato físico, abandono, secuestro, aislamiento, abuso financiero, o negligencia, o razonablemente sospecha que el abuso, la ley exige que puedo informar a la agencia gubernamental apropiada. Una vez que se presentó dicho informe, se me puede exigir que proporcione información adicional.
- Si un paciente se comunica una seria amenaza de violencia física contra una víctima identificable, debo tomar medidas de protección, incluyendo la notificación a la víctima potencial y en contacto con la policía. También puedo buscar la hospitalización del paciente, o ponerse en contacto con otras personas que pueden

esperar hasta el siguiente día hábil, por favor llame a la línea de consejos de enfermería de St. Jude Medical Center (800) 870 a 7.537.

LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

La ley protege la privacidad de todas las comunicaciones entre un paciente y un psicólogo. En la mayoría de las situaciones, sólo puedo dar información sobre su tratamiento a otros si usted firma un formulario de autorización por escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por la ley y / o HIPAA estado. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que me lo permita o exija revelar información sin que ninguna de su consentimiento o autorización:

- Puedo ocasionalmente encontrar útil consultar otros profesionales de la salud y salud mental acerca de un caso. Durante una consulta, hago todo lo posible para no revelar la identidad de mi paciente. Los otros profesionales también están legalmente obligados a mantener la información confidencial. Si usted no se opone, no te voy a decir acerca de estas consultas a menos que yo siento que es importante para nuestro trabajo juntos. Voy a observar todas las consultas en su Registro Clínico (que se llama "PHI" en mi Notificación de Políticas y Prácticas del Psicólogo para proteger la privacidad de su información de salud).
- Debe tener en cuenta que practico con otros profesionales de la salud mental y que empleo el personal administrativo. En la mayoría de los casos, tengo que compartir información protegida con estas personas, tanto para fines clínicos y administrativos, como la programación, facturación y control de calidad. Todos los profesionales de salud mental están obligados a cumplir las mismas reglas de confidencialidad. Todos los miembros del personal han recibido formación sobre cómo proteger su privacidad y han acordado no divulgar ninguna información fuera de la práctica sin el permiso de un miembro del personal profesional.
- Yo también tengo un contrato con un emisor de la factura médica profesional. Como es requerido por la ley HIPAA, tengo un contrato formal socio de negocios con este negocio, en el que se compromete a mantener la confidencialidad de estos datos, salvo lo específicamente permitido en el contrato o lo requiera la ley. Si lo desea, puedo proporcionarle el nombre de esta empresa.
- Revelaciones requeridas por las aseguradoras de salud o para cobrar las cuotas atrasadas se discuten en otra parte de este Acuerdo.
- Si un paciente amenaza con dañar a sí mismo / a sí misma, puedo ser obligado a buscar hospitalización para él / ella, o ponerse en contacto con miembros de la familia u otras personas que pueden ayudar a proporcionar protección.
- Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud para obtener información sobre los servicios profesionales que usted y / o en los registros de los mismos hayan proporcionado dicha información está protegida por la ley privilegio-psicólogo paciente. No puedo dar ninguna información sin su (o el

SERVICIOS PSICÓLOGO-PACIENTE ACUERDO [CALIFORNIA]

SERVICIOS PSICOLÓGICOS

La psicoterapia no es fácil de describir en declaraciones generales. Varía dependiendo de las personalidades del psicólogo y el paciente, y los problemas particulares que está experimentando. Hay muchos métodos diferentes que puede utilizar para hacer frente a los problemas que usted espera de abordar. La psicoterapia no es como una visita de doctor en medicina. En lugar de ello, se requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para que la terapia sea más exitoso, usted tendrá que trabajar en cosas que hablamos tanto durante nuestras sesiones y en casa.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Dado que la terapia a menudo implica discutir los aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos como la tristeza, la culpa, la ira, la frustración, la soledad y el desamparo. Por otro lado, la psicoterapia también se ha demostrado que tienen muchos beneficios. Terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, y las reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Pero hay ninguna garantía de lo que usted experimentará.

Nuestras primeras sesiones incluirán una evaluación de sus necesidades. A finales de la evaluación, seré capaz de ofrecerle algunas primeras impresiones de lo que nuestro trabajo incluirá un plan de tratamiento y seguir, si decide continuar con el tratamiento. Usted debe evaluar esta información junto con sus propias opiniones sobre si se siente cómodo trabajando conmigo. Terapia implica un gran compromiso de tiempo, dinero y energía, por lo que debe tener mucho cuidado con el terapeuta que seleccione. Si usted tiene preguntas acerca de mis procedimientos, debemos discutirlos cuando surjan. Si su persisten las dudas, voy a estar feliz de ayudarle a establecer una reunión con otro profesional de la salud mental para una segunda opinión.

REUNIONES

Normalmente realizará una evaluación que tendrá una duración de 2 a 4 sesiones. Durante este tiempo, los dos podemos decidir si soy la mejor persona para proporcionar los servicios que usted necesita para cumplir con sus metas de tratamiento. Si se comienza la psicoterapia, que generalmente programa una sesión de 45-50 minutos (una hora nombramiento de 45-50 minutos de duración) por semana en un momento en que estamos de acuerdo, aunque algunas sesiones pueden ser más largo o más frecuentes.

CONTACTO ME

Debido a mi horario de trabajo, a menudo no estoy inmediatamente disponible por teléfono. Cuando no estoy disponible, mi teléfono es contestada por el correo de voz. Voy a hacer todo lo posible para devolver su llamada por mi siguiente día hábil, a excepción de los fines de semana y días festivos. Si usted es de difícil acceso, por favor, me informen de algunos momentos en los que estará disponible. Si no puede ponerse en contacto conmigo y siente que no puede esperar a que regrese su llamada, póngase en contacto con su médico de familia o la sala de emergencias más cercana y pregunte por el psicólogo o psiquiatra de guardia. Si tiene una situación de emergencia que no puede

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal de salud como parte de la prestación de atención profesional. También estamos obligados por ley a mantener su información privada. Estas leyes son complicadas, pero debemos darle esta información importante. Esta es una versión más corta de la unida, llena aviso, legalmente requerido de prácticas de privacidad. Por favor, hable con nuestro personal de la oficina acerca de cualquier pregunta o problema.

Cómo utilizamos y divulgamos su información de salud protegida con su consentimiento

Vamos a utilizar la información que recopilamos sobre usted principalmente para proporcionarle tratamiento, para organizar el pago por nuestros servicios, y para algunas otras actividades comerciales que se llaman, en la ley, las operaciones de atención médica. Después de haber leído este aviso le pediremos que firme un formulario de consentimiento para que nosotros utilizamos y compartimos su información de esta manera. Si usted no consiente y firmar este formulario, no podemos tratar. Si queremos utilizar o enviar, compartir o revelar su información para otros fines, vamos a discutir esto con usted y le pedirá que firme un formulario de autorización para permitir esto.

La revelación de su información de salud sin su consentimiento

Hay algunos momentos en los que las leyes nos obligan a usar o compartir su información. Por ejemplo:

1. Cuando hay una amenaza seria para su u otro de salud y seguridad o para el público. Sólo compartiremos información con las personas que son capaces de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.
2. Cuando están obligados a hacerlo por juicios y otros procesos legales o judiciales.
3. Si un oficial de la ley nos obliga a hacerlo.
4. Para los trabajadores de compensación y programas de prestaciones similares.

Hay algunas otras situaciones raras. Se describen en la versión más larga de nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Sus derechos respecto a su información de salud

1. Usted puede pedir que comuniquemos con usted de una manera particular o en cierto lugar que es más privado para usted. Por ejemplo, nos puede pedir que le llamemos a su casa, y no en el trabajo, para programar o cancelar una cita. Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para hacer lo que me pides.
2. Usted puede pedirnos que limitar lo que le decimos a las personas

Fullerton Neuropsychological Services

CLINICAL PSYCHOLOGY & NEUROPSYCHOLOGY

involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado, como miembros de la familia y amigos.

3. Usted tiene el derecho de ver la información de salud que tenemos sobre usted, como sus registros médicos y de facturación. Usted puede obtener una copia de estos registros, pero usted puede cobrar por ello. Póngase en contacto con nuestra oficina para arreglar la forma de ver sus registros.

4. Si crees que la información de sus registros es incorrecta o falta algo importante, puede pedirnos que hagamos adiciones a sus registros para corregir la situación. Tienes que hacer esta solicitud por escrito y enviarla a nuestra oficina. También debe decirnos las razones que usted desea hacer los cambios.

5. Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos la nueva versión en nuestra sala de espera, y siempre se puede obtener una copia de la misma a partir de la recepción.

6. Usted tiene el derecho de presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados. Usted puede presentar una queja con nuestra oficina y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Todas las quejas deben ser por escrito. La presentación de una queja no va a cambiar la atención de la salud que le proporcionamos en forma alguna.

Además, es posible que tenga otros derechos que se otorgan a usted por las leyes de nuestro estado, y estos pueden ser iguales o diferentes de los derechos antes mencionados. Estaremos encantados de discutir estas situaciones con usted ahora o que se presenten. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestras políticas de privacidad de información de salud por favor informe a la oficina frente saber.

He leído y entiendo el Aviso anterior de prácticas de privacidad.

Firma

Fecha

385 E. Imperial Highway · Fullerton, CA 92835

(714) 681-9070 · FAX (714) 773-4788

HIPAA Notice

Política de facturación

Copagos y / o saldos deducible se aplica en el momento del servicio. Los copagos y deducibles son la responsabilidad del paciente. Saldo pendientes de pago extendidos para los deducibles y / o co-pagos serán remitidos a nuestra agencia de cobros. Sin embargo no nos hacemos responsables de dar seguimiento con la compañía de seguros para asegurarse de que proporcionan reembolso, esto es la responsabilidad del paciente.

Los pacientes con planes de seguros que requieren autorizaciones previas: La autorización previa deben estar en el archivo por escrito antes de todas las citas programadas. Mientras que nuestra oficina intentará obtener todas las autorizaciones antes de su cita, sería útil y posiblemente acelerar el proceso si se comunica con su partido en referencia a la autorización del seguro.

Al firmar este formulario, usted certifica que usted es elegible con la compañía de seguros que figuran en la tarjeta que usted presentó en el momento de su cita. "Yo, el paciente, entiendo que si lo anterior no es cierto o si no soy elegible bajo los términos de mi acuerdo médico y el suscriptor, yo soy responsable de todos los cargos por servicios prestados.

Sin política de Mostrar / Late cancelación: Los pacientes que no se presentó a una cita en la oficina programado, o que no cancelan la cita con 24 horas de antelación, se cobrará una cuota de \$ 100. Cualquier cheque devuelto a nosotros por el banco estarán sujetos a una tarifa de \$ 25.00.

Un paciente será considerado un paciente de efectivo una vez que la cuenta ha sido enviada a la recolección debido a un saldo en mora. **Cualquier futuro servicio, después de que un paciente ha sido enviado a las colecciones, se pagarán en el momento del servicio.** El paciente será responsable de todos los gastos extraordinarios asociados a la colección de fondos adeudados a la práctica, incluyendo pero no limitado a, gastos de recaudación, honorarios de abogados y costas judiciales.

He leído, entiendo, y se compromete a cumplir con la información anterior.

Firma del Paciente / Tutor

Nombre Impreso

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO

Nombre del paciente: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Suscriptores Nombre: Número de suscriptores: _____

Número de Póliza: Número de grupo: _____

Número de teléfono: Número de Medicare: _____

Dirección De Envío: _____

Seguro Secundario: _____

Suscriptores Nombre: _____ Número Suscriptores: _____

Número de Póliza: _____ Número de grupo: _____

Número De Teléfono: _____

Dirección De Envío: _____

Por la presente autorizo a la empresa o empresas de seguros nombrada por el pago total de Fullerton Servicios neuropsicológicas, o cualquier psicólogo contratado o empleado que puede estar directamente bajo dicha corporación. Autorizo beneficios de gastos médicos completos permitido, y de otra manera pagadero a usted bajo mi póliza de seguro, como pago a los cargos totales por servicios profesionales prestados. Este pago no excederá mi deuda al cesionario antes mencionado y he accedido a pagar de forma actual, el saldo de dicha servicios profesionales pagan por encima de este pago del seguro cualquier co-pagos, deducibles, o cantidades denegadas.

Fecha: Firma:

Asignación de beneficios:

Por la presente autorizo Fullerton Servicios neuropsicológicos a proporcionar información a los seguros Autorización párr pago nombre del Paciente: Nombre de Compañía de Seguros: nombre Suscriptores: Número de Suscriptores: Número de póliza: Número de Grupo: Número de Teléfono: Número de Medicare: Dirección de Facturación : *** secundario Seguro: Suscriptores nombre: Número de Suscriptores: Número de póliza: Número de Grupo: Teléfono: Dirección de Facturación: *** autorizo el nombre de Compañía de Seguros o Empresas párr El Pago completo a Servicios neuropsicológicos Fullerton, o CUALQUIER contratado o Empleado psicólogo Que Puede Ser Directamente Debajo de DICHA corporación. Yo autorizo a Beneficios Gastos Médicos COMPLETOS permisibles Y Si no pagables A Usted Bajo mi póliza de Seguro, Como forma de pago Hacia los cargamentos Totales Para Los servicios profesionales prestados. Este Será pagar en el ex ... transportistas con respecto a esta enfermedad y por este medio irrevocablemente asignar al médico todos los pagos por los servicios psicológicos prestados y todos los beneficios médicos importantes. Una copia tendrá la misma validez que el original.

Fecha: _____ Firma: _____

ENTIENDO QUE TODAS LAS CITAS DEBEN SER CANCELADO 24 horas de antelación. Si yo no cancela dentro de 24 horas, será personalmente pagar una CANCELACIÓN recargo de \$ 100. Por citas perdidas, que será personalmente cobrará un NO SHOW CUOTA DE \$ 100.

Información para el paciente

Nombre_fallad _____ SS# _____
Dirección calle _____
Ciudad_estado Zip _____
Dirección de correo electrónic _____
Fecha de nacimiento Género: M F ____
Estado civil: S M W Sep D El nombre del cónyuge _____
Teléfono: Casa _____ oficina/Cell _____
Médico de atención primaria teléfono: _____
¿Podemos contactar a su PCP? Si NO se hace referencia por: _____
Contacto de emergencia _____
Relación: _____ teléfono: _____

Información para el paciente empleador

Nombre del empleador teléfono: _____
Dirección del empleador _____
Ciudad_Estado/Código postal _____
Ocupación del paciente _____

Asegurado la persona (si no paciente)

Nombre _____ teléfono: _____
Dirección _____ ciudad/estado_Zip _____
ID del suscriptor #_Rel _____
Fecha de nacimiento_fallad _____

Seguros

Compañía aseguradora primaria _____
ID # _____
Grupo # _____ teléfono: _____
Nombre de compañía aseguradora secundaria _____
ID # _____
Grupo # _____ teléfono: _____