

Telemedicine & Practice Intake Form

The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208

Phone: 844-495-4357

Fax: 844-584-3428

Admisión:

Gracias por programar su cita con The Psychiatry Group. Trabajamos con trabajadores lesionados y ayudamos en el diagnóstico y tratamiento de condiciones psiquiátricas para permitirles regresar al trabajo de manera segura y efectiva.

Entendemos que su tiempo es valioso. Aunque este paquete es extenso, ayudará a su equipo de tratamiento a comprender mejor su condición y a responder consultas de los miembros de su equipo de tratamiento, del Departamento de Labor and Industries y de otras partes autorizadas. Completar este paquete requerirá aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Si no comprende alguna pregunta, por favor consúltela con su médico el día de la cita. Complete tantas secciones de este formulario como le sea posible antes de la cita.

Este paquete debe completarse y devolverse antes de su cita. Si no lo hace, su cita podría reprogramarse para la siguiente hora disponible.

Le pedimos que preste atención a las políticas, incluida la confidencialidad. En ciertas situaciones, estamos obligados a divulgar información médica a terceros. Si tiene preguntas, pregúntelas antes de su cita. Sus proveedores médicos en The Psychiatry Group también pueden responder algunas de sus inquietudes.

Su equipo de tratamiento incluirá al médico que realice la evaluación inicial, así como otros psiquiatras, enfermeras practicantes y asistentes médicos (PA). En muchos casos, su atención de seguimiento será proporcionada por un PA o enfermera practicante certificados. Nuestro personal de oficina médica le asistirá con sus preguntas e inquietudes. Todo nuestro tratamiento se imparte de forma remota mediante un sistema de video seguro compatible con HIPAA.

Esperamos colaborar con usted para ayudarle a alcanzar sus objetivos.

Información del Paciente

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono principal: _____
Teléfono alternativo: _____
Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
Número de reclamo (si aplica): _____
Fecha de lesión (si es laboral): _____
Empleador (si es laboral): _____
Administrador de reclamos: _____
Representante legal (si aplica): _____

Contacto de emergencia:

- Nombre: _____
- Teléfono: _____
- Relación: _____

Idioma solicitado:

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Ucraniano ☐ Farsi ☐ Otro: _____

Intérprete preferido: _____

Proveedor de Seguro (marque todas las que correspondan):

- Washington State Labor & Industries
- Autoasegurado, administrado internamente
- Asegurador externo
- Compensación para trabajadores de California

- Idaho SIF
 - Otro (especifique): _____
-

Consentimiento para recordatorios de citas por SMS

Al proporcionar mi número de celular, autorizo el envío de mensajes de texto automatizados con recordatorios de citas y notificaciones de The Psychiatry Group PLLC. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Entiendo que puedo optar por no recibir estos mensajes respondiendo **STOP**.

☐ Acepto recibir recordatorios por SMS según lo descrito.

Confirmación de ubicación (Telemedicina)

☐ Acepto informar a la oficina, en cada cita, del estado en el que me encuentre físicamente. Si estoy fuera de Washington, el personal intentará agendarme con un proveedor autorizado en mi ubicación.

Declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente

Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios prestados por The Psychiatry Group PLLC. Como cortesía, la práctica verificará mi cobertura y facturará a mi aseguradora. Sin embargo, soy responsable de cualquier deducible, copago, coaseguro y de los montos no cubiertos por mi seguro.

Acepto pagar los saldos no cubiertos por la aseguradora y comprendo que, si mi seguro deniega la cobertura o si continúo más allá de los beneficios aprobados, soy responsable del pago total. Se espera el pago en el momento de la prestación del servicio.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del garante (si es distinto): _____ **Fecha:** _____

Política de Copago

Algunos planes de salud requieren un copago por los servicios. Los copagos se deben abonar en cada visita.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Tratamiento y Autorización de Divulgación de Información

Autorizo a The Psychiatry Group PLLC y a su personal a realizar los procedimientos de evaluación y tratamiento que consideren necesarios. También autorizo la divulgación de información de mis registros a agencias correspondientes para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Política de Cancelación / No Presentarse

Las citas perdidas sin aviso de 24 horas, o las cancelaciones excesivas (2 ausencias consecutivas, 3 ausencias totales o 4 cancelaciones), pueden resultar en la interrupción de la atención. Se notificará por escrito, mediante correo certificado, antes de la cancelación definitiva.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Pago Directo / Seguro de Automóvil (PIP)

Pago directo: ☐ No tengo seguro de salud y acepto pagar el monto total en cada visita.

PIP: ☐ Solicito que mis reclamaciones se envíen a mi aseguradora de automóvil y comprendo que soy responsable si los beneficios PIP se agotan o deniegan.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Consentimiento Informado de Telemedicina

1. Comprendo que la telemedicina implica comunicaciones electrónicas de mi información médica y que las leyes de privacidad federales (HIPAA) y estatales (incluyendo las del

estado en el que me encuentro) se aplican.

2. Debo estar físicamente presente en un estado donde mi proveedor esté autorizado; informaré mi ubicación antes de cada sesión de telemedicina.
3. La telemedicina puede no ser adecuada para emergencias o crisis; en caso de crisis, buscaré atención presencial o de emergencia.
4. Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención futura.
5. Puedo inspeccionar y recibir copias de la información obtenida durante interacciones de telemedicina por una tarifa razonable.

Iniciales: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si firma un representante: Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

Copia del formulario ofrecida al paciente: ☐ Sí ☐ No

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica y mis derechos bajo HIPAA.

Firma del paciente/garante: _____ **Fecha:** _____

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Reclamo/SSN: _____

Autorizo a The Psychiatry Group PLLC a ☐ Divulgar / ☐ Recibir mi información de salud protegida (PHI) de/a:

Nombre/Organización: _____

Fax: _____ **Dirección:** _____

Propósito: ☐ Continuación de atención ☐ Pago ☐ Revisión de seguro ☐ Otro:

Información a divulgar (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Servicios de consejería/psiquiatría (asistencia, diagnóstico, resumen de tratamiento)
☐ Planes y notas de tratamiento ☐ Informes de laboratorio/radiografías ☐ Registros de inmunización
☐ Otro: _____

Entiendo que mis registros pueden incluir información sensible (salud mental, uso de sustancias, VIH/SIDA). Mis iniciales indican que autorizo divulgar lo siguiente:

- ☐ Abuso de alcohol/drogas ☐ Salud mental ☐ VIH/SIDA ☐ Agresión sexual

Esta autorización es válida por _____ días o un año desde la fecha de firma. Puedo revocar esta autorización por escrito, excepto en cuanto a la información ya divulgada.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

Contacto del proveedor y Oficial de Privacidad:

The Psychiatry Group PLLC, 5904 N Division St, Spokane, WA 99208

Oficial de Privacidad: (509) XXX-XXXX

Correo electrónico: privacy@psychiatrygroup.com