

후손정신과에 오신 것을 환영합니다!

이 양식은 우리 서비스에 대한 정보와 고객으로서의 권리와 책임에 대한 정보를 제공합니다. 질문이 있는 경우 담당 의사 또는 프런트 직원과 상의하십시오. 각 페이지 하단의 서명 또는 이니셜은 귀하가 정보를 이해하고 각 섹션에 동의함을 나타냅니다.

보험, 실명, 우편 주소 또는 연락처 정보를 변경하는 경우 **알려주세요** 가능한 한 빨리 프론트 데스크.

클리닉 정보:

주요 전화: (949) 722 - 7118 Irvine 팩스:
(949) 579-9102 Huntington Beach 팩스:
(657) 329-0237 Dana Point 팩스: (949)
493-0669 Anaheim Hills 팩스: (714)
485-211

* 메인 라인은 각 클리닉에 대한 옵션을 제공합니다. 그렇지 않으면 직통 회선을 통해 사이트 위치를 직접 사용할 수 있습니다.

청구 부서: MIS BILLING (949) 955 - 2101

이 모든 정보 및 추가 리소스는 당사 웹사이트에서 찾을 수 있습니다.
www.progenyclinic.com

동의

동의

본인은 이 평가에서 얻은 정보가 기밀이며 본인의 서면 허가 없이 개인이나 조직에 공개되지 않을 것임을 이해합니다. (이 릴리스는 당사 사무실에서 제공되거나 귀하가 액세스 권한을 부여하고자 하는 개인과 함께 작성하여 당사에 제공할 수 있습니다..) 이 정책의 유일한 예외는 법률에 따라 귀하가 내 허락 여부에 관계없이 정보를 공개해야 하는 드문 상황입니다. 1) 아동에 대한 신체적 및/또는 성적 학대 또는 노인 학대의 증거가 있는 경우; 2) 본인 또는 타인에게 해를 끼칠 위험이 있다고 판단되는 경우 3) 나의 기록이 법원에 의해 소환된 경우. 드물지만 이러한 상황에서 조치를 취하기 전에 나와 의도를 논의하고 기밀 정보의 공개를 안전을 보장하는 데 필요한 최소한으로 제한할 것입니다.

정신과 평가 동의

본인은 아래 서명을 통해 Progeny Psychiatric Clinic의 심리 평가에 동의하고, 임상 평가에 관한 정책을 안내받았으며, 동의서 5페이지 및 지연/취소 및 놓친 정책에 대한 정책을 읽었음을 인정합니다. 설비; 본인은 이 양식에 설명된 모든 지불 방식에 동의합니다. 나는 PPG의 고객으로서 나의 권리와 의무를 완전히 이해하고 이 평가에 자유롭게 동의합니다.

서명

날짜

(이름을 정자로 기입하십시오)

서명/관계

날짜

(이름을 정자로 기입하십시오)

(고객이 18세 미만인 경우)

기밀 유지 계약

기밀 유지 계약

개인 정보 정책

비밀보장은 정신과 및 심리 서비스를 받는 모든 환자의 사생활에 대한 법적 권리입니다. 예를 들어, 이 사무실에 제공된 모든 개인 정보는 서면 릴리스에 의해 승인되거나 법률에서 요구하는 경우를 제외하고는 이 사무실 외부의 사람 또는 대리인과 논의되지 않습니다. 단, 기밀유지에는 예외가 있습니다. 이 사무실에서 논의된 모든 정보는 이 계약에 명시된 다음 조건을 제외하고는 기밀로 유지됩니다.

- 귀하가 Progeny Psychiatric Clinic이 다른 단체 또는 개인에게 정보를 공개하고 공개하는 것에 대해 서면으로 동의하는 경우(PHI 공개 승인에 대해 자세히 설명됨).
- 기밀 유지의 위반은 법에 의해 요구되거나 허용됩니다. 예를 들면, Progeny Psychiatric Clinic이 아동 학대, 노인/피부양자 성인 학대, 자신 또는 타인에 대한 위험 및 기타 법의 적용을 받는 문제에 대해 합리적으로 의심되는 경우가 있습니다.
- Progeny Psychiatric Clinic은 재량에 따라 귀하의 사례에 대해 동료 또는 법률 고문과 상담하기로 결정하며, 이 경우 식별 정보는 공개되지 않습니다.
- 미지급 청구서를 정기적으로 지불하지 않으면 청구서가 추심 기관으로 넘어가거나 소액 청구 법원에 제출될 수 있습니다.
- Pacific Psychiatric Group과 공유된 모든 정보가 지정된 사회 복지사 및/또는 기타 SSA 대리인 및 대리인에게 전달되는 사회 서비스 기관 사례 통지 시.
- 이혼 소송을 포함한 소송 당사자이고 정신 상태를 문제로 제기하면 특권이 포기될 수 있습니다. 양육권 의 경우 법원 명령을 받은 평가자의 평가를 용이하게 하기 위해 귀하의 특권을 포기해야 할 수도 있습니다. PPG는 소환장 또는 법원 명령을 받은 경우 귀하의 기록을 생성하고/하거나 공탁 또는 재판에서 증언해야 할 수 있습니다.
귀하의 특권을 포기하거나 포기하지 않을 수 있는 조치에 대해 법적 조언을 드릴 수 없습니다.
- 캘리포니아 가족법에 따라 양육권이 없는 부모는 여전히 자녀의 치료에 대한 정보를 받을 자격이 있음을 유의하십시오.

자녀의 기밀 유지에 대한 부모 참고 사항

자녀가 치료에 참여했다면 자녀가 정신과 의사 및/또는 치료사와 비밀스러운 관계를 발전시킬 수 있도록 하는 것이 중요합니다. 따라서 귀하는 자녀가 치료사와 논의하는 대부분의 개인 정보가 일반적으로 귀하와 공유되지 않는다는 것을 이해합니다. 오히려 자녀의 담당 의사가 개인적인 세부 사항 없이 자녀의 진행 상황에 대한 일반적인 요약만 제공할 것입니다. 이 사무실은 귀하에게 특이한 사항을 알리기 위해 최선을 다하고 있습니다

또는 위험한 증상 또는 행동(예: 폭력, 아동 학대, 자학, 자살 또는 해를 입히려는 의도)
남을 해치다, 다치다, 만취 상태에서 운전하다 등)

_____ 초기의

클리닉 정책

임명 정책

초기 평가, 평가 및 전체 세션은 일반적으로 약 30~60분 동안 진행됩니다. 후속 후속 세션 기간은 15-30분입니다. 약물 관리 세션은 사례별로 약 15분 정도 소요됩니다. 그러나 이러한 세션은 예상보다 더 많은 시간이 필요할 수 있습니다. 모든 서류 작업과 코페이 제출은 세션 시작 전에 제출해야 합니다. 원활한 운영을 위해 약속시간 15분 전 까지 도착해주세요. 다음 대기 환자가 영향을 받지 않도록 시간 지침을 준수하십시오. 1년 후 재방문 시 신규 환자로 간주되어 재평가를 받아야 합니다.

긴급/응급 서비스

저희는 외래 진료소이며 응급 의료 서비스를 처리할 준비가 되어 있지 않습니다. 필요할 때 적절한 치료를 받을 수 있기를 바랍니다. 따라서 중대한 이상반응을 경험하거나 현재 자살 충동이 있는 경우 911에 연락하거나 가장 가까운 응급실을 방문하는 것이 좋습니다. 긴급 치료를 받은 후 외래환자 제공자와 병원에서 변경한 사항에 대해 논의하십시오(퇴원 전에도 이를 권장할 것입니다).

24시간 취소 정책 & 늦은 도착

취소 및 지각시 전화번호 : 949-722-7118
필요한 경우 편리한 위치에 이 번호를 저장하십시오.

늦은 도착:

늦게 도착하는 경우 해당 날짜에 귀하를 만나거나 미래 날짜로 일정 변경을 요청하는 것은 제공자의 재량입니다. 늦은 도착을 알리기 위해 전화를 했다고 해서 유예 기간이 없기 때문에 귀하를 만날 수 있다는 보장은 없습니다.

24시간 취소 정책 정보:

모든 예약 취소 또는 변경은 24시간 이내에 이루어져야 하며, 그렇지 않으면 환자는 노쇼 수수료가 부과될 수 있습니다.

이 정책의 이유: 24시간 전에 취소 또는 일정 변경 의사를 알리면 해당 시간에 다른 사람을 예약할 수 있습니다. 이것은 다른 사람들이 대기자 명단에 있거나 다른 시간으로 일정을 변경할 기회를 찾고 있을 수 있기 때문에 중요합니다. 만큼 가능한 한 미리 알려주시면 감사하겠습니다.

_____ 초기의

- ** 단순히 예정된 약속에 나타나지 않을 경우, 놓친 약속에 대한 비용이 청구됩니다.
- ** 기한 내 이메일 또는 음성메일 알림은 적절한 알림으로 인정됩니다.

약속을 놓친 것에 대해 보험사에 청구하는 것은 불법이기 때문에, 귀하는 놓친 세션에 대한 전액을 본인 부담으로 지불해야 합니다. (지속된 약속에 대해 지불했을 수 있는 것보다 훨씬 더 높은 지불액이 발생함). 시간당 현금 요금은 제공업체에 따라 시간당 달라집니다.

이 취소 정책은 의료 및 정신 건강 분야의 표준이며 엄격하게 시행됩니다. 때때로 약속을 놓치는 이유를 이해할 수 있지만 이 정책에 대한 예외는 드뭅니다. 역년 내에 3번의 노쇼가 있는 경우 치료 서비스를 중단합니다.

리필 정책

- 약이 부족한 경우 약품 부족을 방지할 수 있도록 약속 시간에 사무실에 알려야 합니다.
- 우편물 시리즈가 있는 경우 혼동을 피하기 위해 양식과 처방전을 작성한 후 우편으로 보내야 합니다.
- 약이 떨어졌을 경우 예상치 못한 상황에서 예약하는 동안 약 재충전을 처리해야 합니다. 정규 업무 시간에 사무실로 연락해 주십시오. 예정된 후속 약속이 있는 경우 통제되지 않는 약물을 다시 채우거나 이용 가능한 다음 제공자와의 일정을 예약할 것입니다.
- 통제된 분실/도난 처방전은 경찰 보고서가 필요할 수 있으며 임상적으로 안전한 경우에만 재조제됩니다.
- 리필은 의약품 보장을 보장하지 않습니다. 보장에 대해서는 약국에 문의하십시오.

의사소통의 형태

- 전화, 이메일, 온라인 양식 제출, yelp 메시지 또는 음성 메일을 통해 저희 사무실에 연락할 수 있습니다.
- 프런트 직원이 이메일에 회신하는 데 영업일 기준 최대 2일이 소요됩니다.
- 제공업체는 이메일에 응답하는 데 필요한 시간이 있을 수 있습니다. 이에 대해 제공업체와 논의하십시오.
- 음성 메일은 영업일 기준 1일 이내에 반환됩니다. 제대로 된 도움을 드릴 수 있도록 전체 메시지를 남겨주세요.
- 문자 및 이메일 알림은 귀하가 제공한 번호 및/또는 이메일로 전송됩니다. 이러한 알림은 무료이므로 약속을 메모해 두시기 바랍니다. 제거를 원하시면 언제든지 프런트 직원에게 말씀해 주십시오.

_____초기의

양식/서류

요청된 모든 양식은 먼저 제공자와 논의해야 합니다. 양식, 서신 및 장애 관련 서류에 동의하는 것은 제공자의 재량에 달려 있습니다. 서류 작업에 대한 일반적인 처리 시간은 영업일 기준 5~7일(일부 양식의 경우 영업일 기준 최대 14일)이지만 예상치 못한 상황에 따라 달라질 수 있습니다. 귀하의 요청을 적시에 제출해 주시기 바랍니다.

사전 승인

우리 사무실은 약물에 대해 PAS를 제출할 수 있습니다. 적절한 플랜에 제출할 수 있도록 가장 최신의 보험, 연락처 및 청구 정보를 가지고 있는지 확인하는 것은 환자의 책임입니다. 사전 승인 승인은 보장되지 않으며 귀하의 보험에 따라 다릅니다. 사전 승인은 요청 통지를 받은 날부터 완료하는 데 영업일 기준 5~7일이 소요될 수 있습니다.

공급자 전환

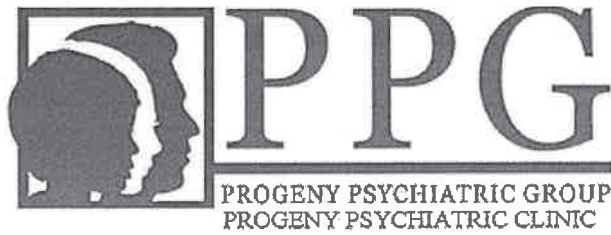
제공자가 없는 경우 저희 클리닉에서 다른 제공자를 볼 수 있습니다. 이것은 공급자를 전환하는 것으로 간주되지 않습니다. 제공자를 변경한다는 것은 현재 제공자의 진료를 중단하고 다른 제공자로부터 진료를 시작하기를 원한다는 것을 의미합니다. 우리의 목표는 귀하가 안정된 관계를 유지하고 지속적인 보살핌을 받는 것입니다. 2회 이후에는 공급자 전환을 제한합니다. 제공자를 변경하는 경우 치료 계획에 동의하지 않는 것 이외의 이유(제공자가 거부한 특정 약물 요청, 제공자가 거부한 증량 요청, 제공자가 거부한 관리 약물만 요청 등)가 아닌 다른 이유여야 합니다. 약물 및 관리 제공자의 평가 및 오직 의학적으로 적절할 때 제공됩니다. 치료 계획에 동의하지 않는 경우 저희 클리닉 외부에서 2차 소견을 구하도록 요청할 수 있습니다.

환자 종료

우리의 임무는 기존의 모든 환자에게 양질의 진료를 제공하는 것입니다. 우리 사무실과 환자 사이의 협력 관계는 받은 치료에 필수적이며 해당 협력에 대한 손상은 해로울 수 있습니다. 가능한 퇴원 사유는 아래를 참조하십시오.

- 치료에 불응
- 출석 정책을 준수하지 않는 경우
- 클리닉 정책을 준수하지 않음
- 공격적이거나 폭력적인 행동

_____ 초기의



재정 조건

귀하는 귀하의 보험 회사로부터 치료에 대한 사전 승인을 받아야 할 책임이 있음을 유의하십시오. 또한 제공 시 모든 공동 부담금 및 보험 서비스에 대한 책임은 귀하에게 있습니다. 또한, 본인은 내 보험이 적용되지 않는 비용에 대한 책임이 있음을 이해합니다. 또한 치료 중 언제든지 본인이 보험 적용 대상이 아님을 알게 되면 즉시 PPG에 통지하고 청구된 비용의 100%를 재정적으로 부담해야 한다는 것을 이해합니다. 마지막으로 개인 정보 및/또는 보험 정보에 대한 변경 사항을 PPG에 알리는 데 동의합니다. 현재 신용 카드를 파일에 보관하고 있습니다.

Medicare 환자들은 아래에 서명함으로써 초기 방문, 모든 후속 방문 및 공제액의 20%를 지불하는 데 동의합니다.

우리의 청구 부서가 잘못된 청구입니다. # 949-955-2101로 연락할 수 있습니다.

지불 조건 및 적용되지 않는 서비스

본인은 치료 세션 외에 필요한 서비스에 대해 정규 시간당 \$150-\$400의 요금이 부과된다는 것을 이해합니다. 이러한 서비스에는 다른 전문가와의 상담이 포함됩니다. 나는 후견인, 청원서, 장애 양식 또는 의료 휴가에 필요한 모든 서신에 대해 수수료를 청구할 것입니다.

PPG가 이러한 조건을 시행하기 위해 변호사를 고용해야 하는 경우 합리적인 변호사 비용을 포함하여 발생한 모든 비용을 본인이 지불할 것임을 이해합니다.

지불 유형. 서비스는 각 약속에 앞서 지불해야 합니다. 수표를 Progeny Psychiatric Clinic으로 보내주십시오. 또한 고객님의 편의를 위해 현금 또는 신용카드로 결제하실 수 있습니다. 영수증은 예약 시작 시 요청한 경우에만 제공됩니다.

신속한 지불. 30일 이내에 지불하지 않은 잔액은 "지난 기한"으로 간주됩니다. 60일 이내에 지불되지 않은 잔액은 당사 추심 기관으로 보내지거나 소액 청구 법원을 통해 처리될 수 있습니다. 잔액을 지불할 수 없는 경우 잔액이 전액 지불될 때까지 \$100.00 이상을 정기적으로 지불하는 데 동의합니다.

보험 청구. 귀하의 보험사가 보장하지 않는 모든 서비스에 대한 비용을 지불해야 합니다.

반품 수표 수수료. 반환된 수표 수수료는 \$25.00입니다. 어떤 이유로든 수표가 지불되지 않고 반환되는 경우 환자는 불충분한 자금 지불로 추가 50달러(\$50.00)를 지불해야 합니다.

치료를 종료할 권리.귀하는 완료된 서비스에 대해 지불할 의무 없이 언제든지 치료를 종료할 권리가 있습니다.

_____ 초기의

재무 정책

전문 서비스 및 요금: 당사의 전문 서비스 및 요금은 다음과 같습니다.

| 전문적인 서비스 | 타임스 | 요금 MD/DO | NP/에 대한 요금 박사 | 요금 LCSW/LMFT |
|----------|-------------------|----------|------------------|-----------------|
| 초기 방문 | 30-40분 60분 테라피 | \$400 | \$300 | \$150 |
| 후속 조치 | 15-20분 60분 | \$250 | \$175 | \$150 |
| 놓친 약속 | 노 콜/노쇼 | \$50 | \$50 | \$100 |

양식, 서신 및 기타 비특정

| 양식, 보고서 작성 (치료요약, 장애, 편지 등) Conservatorship Forms | 일할 계산 | \$50 *에 따라 다름 문서 | \$50 *에 따라 다름 문서 | \$50 *에 따라 다름 문서 |
|--|--|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 법원 관련 서비스: (법원과 관련된 모든 다음을 포함한 서비스 평가, 진술, 회의, 증언, 준 비, 대기 및 이동 시간, 법 적 목적에 사용되는 보고 서 등.) | 일할 계산 반나절 최소 법원 출석을 위해 또는 대기 상태. 에 필요한 리테이너 전진. 리테이너 수수료 이전에 지급 법원 날짜. | \$800 (케이스에 따라 다름) | \$400 (케이스에 따라 다름) | \$400 (에 따라 다름 사례) |
| | | \$2000 (케이스에 따라 다름) | \$1000 (케이스에 따라 다름) | \$1000 (에 따라 다름 사례) |