



Consentimientos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que la información obtenida en esta evaluación es confidencial y no será divulgada a ninguna persona u organización sin mi autorización por escrito. (Esta autorización está disponible en nuestra oficina o puede completarse con cualquier persona a la que usted desee otorgar dicho acceso, y luego proporcionárnosla). Las únicas excepciones a esta política son situaciones poco frecuentes en las que la ley exige que se divulgue información con o sin mi autorización. Estas son: 1) si existe evidencia de abuso físico y/o sexual de menores o abuso a personas de edad avanzada; 2) si usted considera que estoy en peligro de causarme daño a mí mismo(a) o a otra persona; y 3) si mis registros son solicitados por orden judicial. En el caso poco frecuente de cualquiera de estas situaciones, usted intentará discutir sus intenciones conmigo antes de que se tome cualquier acción y limitará la divulgación de información confidencial al mínimo necesario para garantizar la seguridad.

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Mediante mi firma a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para una evaluación psicológica por Progeny Psychiatric Clinic, que he sido informado(a) de las políticas relacionadas con las evaluaciones en la clínica y que he leído el formulario de consentimiento de 5 páginas, así como las políticas relacionadas con llegadas tardías, cancelaciones y citas perdidas; y acepto todos los arreglos de pago descritos en este formulario. Comprendo plenamente mis derechos y obligaciones como paciente en PPC y acepto libremente esta evaluación.

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Aviso del Proveedor

Los servicios de manejo de medicamentos pueden ser brindados por un médico, enfermero(a) practicante o asistente médico. Todos los anteriores están capacitados para evaluar, diagnosticar y recetar medicamentos. En el caso de que su proveedor no esté disponible, usted puede ser atendido(a) por otro de nuestros proveedores.

Los servicios de terapia pueden ser brindados por un psicólogo, consejero, terapeuta matrimonial y familiar con licencia, terapeuta matrimonial y familiar asociado, trabajador(a) social clínico con licencia o trabajador(a) social clínico asociado.

*Nuestra práctica también cuenta con estudiantes que están completando sus horas junto a uno de nuestros clínicos con licencia. Usted tiene el derecho de rechazar ser atendido(a) por un estudiante y solicitar a su clínico si lo prefiere. (Esto puede requerir reprogramación si no está disponible de inmediato).

Reconocimiento del Paciente sobre Proveedores Contratistas Independientes

Al firmar a continuación, certifico que entiendo y acepto la declaración anterior con respecto a mi atención en Progeny Psychiatric Clinic. Los clínicos de Progeny Psychiatric Clinic (PPC) son contratistas independientes.

Incluyen, entre otros, psiquiatras, enfermeros(as) practicantes, asistentes médicos, trabajadores(as) sociales clínicos con licencia, trabajadores(as) sociales asociados, terapeutas matrimoniales y familiares con licencia, terapeutas matrimoniales y familiares asociados, consejeros clínicos profesionales con licencia, consejeros clínicos profesionales asociados y psicólogos.



PPC garantiza que médicos con licencia estén disponibles en cada clínica. Además, cada clínica cuenta con suficiente personal de enfermeros(as) practicantes y asistentes médicos. Cuando usted visita PPC como paciente de manejo de medicamentos, es probable que sea atendido(a) por un(a) enfermero(a) practicante o un(a) asistente médico durante la totalidad de su atención. Si prefiere que un médico supervise directamente su atención, no dude en solicitarlo a nuestro personal.

Sin embargo, tenga en cuenta que ver a un médico puede implicar un tiempo de espera más prolongado en comparación con ver a un(a) Enfermero(a) Practicante o Asistente Médico. Aunque priorizamos la colaboración entre clínicos, nuestra máxima prioridad es garantizar que los pacientes sean atendidos de manera oportuna.

Entiendo que la totalidad de mi atención psiquiátrica muy probablemente será brindada por un(a) Enfermero(a) Practicante o Asistente Médico que ejerce la medicina como contratista independiente. Los(as) Enfermeros(as) Practicantes y Asistentes Médicos operan con su propio número de licencia estatal y su propio número DEA único.

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Fui referido(a) directamente a _____.
(¿Con quién es su cita de manejo de medicamentos?).

Entiendo que toda mi atención psiquiátrica será proporcionada por este(a) clínico(a), a menos que no esté disponible, en cuyo caso podré ser atendido(a) por otro proveedor dentro de la clínica.

Mi terapeuta es: _____.

Acuerdos de Confidencialidad

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La confidencialidad es el derecho legal a la privacidad para todos los pacientes que reciben servicios psiquiátricos y psicológicos. Es decir, toda la información personal presentada a esta oficina no será discutida con personas o agentes fuera de esta oficina, excepto cuando sea autorizada mediante una autorización escrita o según lo exija la ley. Sin embargo, existen excepciones a la confidencialidad. Tenga en cuenta que toda la información discutida en esta oficina permanecerá confidencial excepto bajo las siguientes condiciones establecidas en este acuerdo:

- Cuando usted otorga su consentimiento por escrito para que Progeny Psychiatric Clinic divulgue y revele información a otra entidad o persona (según se detalla en la autorización para divulgar PHI).
- Cuando una violación de la confidencialidad es requerida o permitida por la ley. Algunos ejemplos incluyen situaciones en las que Progeny Psychiatric Clinic tenga una sospecha razonable de abuso infantil, abuso de personas mayores o adultos dependientes, peligro hacia uno mismo o hacia otros, y otros asuntos sujetos a la ley.
- Cuando Progeny Psychiatric Clinic, a su discreción, decide obtener una consulta sobre su caso con un colega o asesor legal, en cuyo caso no se revelará información identificable.

Cuando usted no realiza pagos regulares de su saldo pendiente, lo que puede resultar en que su facturación sea enviada a una agencia de cobranza o presentada ante el tribunal de reclamos menores.



- Tras la notificación de un caso con una agencia de servicios sociales, en cuyo caso toda la información compartida con Pacific Psychiatric Group será comunicada al trabajador(a) social asignado(a) y/o a otros representantes y agentes de la SSA.
- Si usted es parte de un litigio, incluido un proceso de divorcio, y presenta su condición mental como un asunto en cuestión, su privilegio puede ser renunciado. En casos de custodia, es posible que se le requiera renunciar a su privilegio para facilitar una evaluación por un evaluador designado por el tribunal. PPC puede verse obligado a producir sus registros y/o testificar en una deposición o juicio si se nos notifican citaciones u órdenes judiciales. No podemos brindarle asesoramiento legal sobre qué acciones pueden o no constituir una renuncia a su privilegio.
- Tenga en cuenta que, conforme al Código de Familia de California, un padre o madre sin custodia aún puede tener derecho a recibir información sobre el tratamiento de su hijo(a).

NOTA PARA PADRES SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS NIÑOS

Si su hijo(a) participó en el tratamiento, es importante permitirle desarrollar una relación confidencial con su psiquiatra y/o terapeuta. Como tal, usted entiende que la mayoría de la información personal que su hijo(a) discuta con su terapeuta, normalmente no se compartirá con usted. En cambio, el médico de su hijo(a) le proporcionará resúmenes generales del progreso de su hijo(a) sin detalles privados. Esta oficina se compromete a informarle sobre síntomas o comportamientos inusuales o peligrosos (como violencia, abuso infantil, auto-abuso, tendencias suicidas o intenciones de dañar a otros, hacerse daño a sí mismo(a), conducir bajo intoxicación, etc.)

INICIAL

Políticas de la Clínica

POLÍTICAS DE CITAS

Las evaluaciones iniciales, valoraciones y sesiones completas suelen durar entre 30 y 60 minutos. Las sesiones de seguimiento posteriores duran entre 15 y 30 minutos. Las sesiones de manejo de medicamentos duran aproximadamente 15 minutos, dependiendo del caso. Sin embargo, estas sesiones pueden requerir más tiempo del esperado. Todos los formularios y el copago deben entregarse antes del inicio de la sesión. Por favor llegue 15 minutos antes de su cita programada para facilitar las operaciones. Por favor respete las pautas de tiempo para que el próximo paciente que espera no se vea afectado. Si regresa después de 1 año, se le considerará un paciente nuevo y deberá ser reevaluado.

INICIAL

SERVICIOS URGENTES/DE EMERGENCIA

Somos una clínica ambulatoria y no estamos equipados para manejar servicios médicos de emergencia. Queremos asegurarnos de que reciba la atención adecuada cuando la necesite. Por esta razón, recomendamos que si experimenta

alguna reacción adversa crítica o presenta ideación suicida actual, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana. Despues de recibir atención urgente, por favor haga un seguimiento con su proveedor ambulatorio para discutir cualquier cambio realizado en el hospital (también se lo recomendarán antes del alta).

INICIAL



POLÍTICA DE CANCELACIÓN CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN Y LLEGADAS TARDÍAS

Todas las cancelaciones o cambios de citas deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación, de lo contrario el paciente podría incurrir en una tarifa por no presentarse.

Razón de esta política: Notificar su intención de cancelar o reprogramar con 24 horas de anticipación brinda la oportunidad de programar a otra persona en ese horario. Esto es importante porque otros pueden estar en lista de espera o también buscando reprogramar para un horario diferente. Se agradece cualquier aviso con la mayor anticipación posible.

*Si simplemente no se presenta a una cita programada, se le cobrará por la cita perdida.

**Se acepta como notificación válida un correo electrónico o mensaje de voz dentro del período de tiempo establecido.

Debido a que es ilegal facturar a su compañía de seguros por una cita perdida, usted será responsable del pago completo de la sesión perdida de su propio bolsillo (lo que resultará en un pago mucho mayor que el que habría pagado por una cita asistida). La tarifa por hora en efectivo variará según el proveedor.

Esta política de cancelación es estándar en los campos médico y de salud mental y se aplicará estrictamente. En ocasiones, habrá razones comprensibles para faltar a citas, pero las excepciones a esta política serán raras. Si tiene tres (3) ausencias sin aviso dentro de un año calendario, se suspenderán los servicios de tratamiento.

Número de teléfono para cancelaciones y llegadas tardías: 949-722-7118. Por favor guarde este número en un lugar conveniente por si lo necesita.

LLEGADAS TARDÍAS:

Si llega tarde, queda a discreción del proveedor atenderlo(a) ese día o solicitar reprogramación para una fecha futura. Llamar para notificar llegada tardía no garantiza que será atendido(a) ya que no tenemos un período de gracia. Las citas perdidas se consideran “no presentadas”.

INICIAL

FORMAS DE COMUNICACIÓN

- Puede contactar nuestras oficinas mediante: teléfono, correo electrónico, formularios en línea, mensajes de Yelp o correo de voz.
- Por favor, permita hasta dos días hábiles a nuestro personal de recepción para responder sus correos electrónicos.
- Los proveedores pueden tener su propio tiempo de respuesta para correos electrónicos, por favor discuta esto con su proveedor.
- Los correos de voz se responden dentro de 1 día hábil. Por favor asegúrese de dejar un mensaje completo para que podamos asistirle correctamente.
- Nuestros recordatorios por texto y correo electrónico se enviarán al número y/o correo que usted proporcionó. Estos recordatorios son gratuitos, por favor asegúrese de también tomar nota de su cita. Si en algún momento desea eliminarlos, por favor informe a nuestro personal de recepción.

INICIAL



AUTORIZACIÓN PREVIA DE MEDICAMENTOS

Nuestra oficina puede enviar autorizaciones previas (PA) para medicamentos. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tengamos la información más actualizada de seguro, contacto y facturación para que podamos enviarla al plan correspondiente. La aprobación de las autorizaciones previas no está garantizada y depende de su seguro. Las autorizaciones previas pueden tardar de 5 a 7 días hábiles en completarse, desde el día en que somos notificados de la solicitud.

POLÍTICAS DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS

- Usted es responsable de notificar a la oficina en el momento de su cita si se está quedando sin medicamento para que podamos evitar la escasez de medicación.
- Si tiene envíos por correo, usted es responsable de enviar los formularios y recetas después de que los completemos para evitar cualquier confusión.
- Las reposiciones de medicamentos deben gestionarse durante su cita; bajo circunstancias imprevistas, si se queda sin medicamentos, por favor contacte a la oficina durante el horario laboral. Estaremos felices de rellenar sus medicamentos no controlados si tiene una cita de seguimiento programada o le programaremos con el próximo proveedor disponible.
- Las recetas controladas perdidas/robadas pueden requerir un informe policial y solo se llenarán si es clínicamente seguro.
- Las reposiciones no garantizan la cobertura de medicamentos; por favor hable con su farmacia sobre la cobertura.

INICIAL

CAMBIO DE PROVEEDORES/DOCTORES

Puede ver a otro proveedor dentro de nuestra clínica si su proveedor no está disponible. Esto no se considera un cambio de proveedor. Cambiar de proveedor significa que usted desea interrumpir la atención con su proveedor actual y comenzar la atención con otro. Nuestro objetivo es que usted tenga una relación establecida y atención continua. Limitaremos el cambio de proveedores después de 2 veces. Al cambiar de proveedor, debe ser por una razón distinta a no estar de acuerdo con el plan de tratamiento (solicitar medicamentos particulares que un proveedor rechazó, solicitar aumentos de dosis que un proveedor rechazó, solicitar solo medicamentos controlados que un proveedor rechaza, etc.)

Los medicamentos y la atención proporcionada se basarán en la evaluación de su proveedor y solo se administrarán cuando sea médicaamente apropiado. Si no está de acuerdo con su plan de tratamiento, podemos pedirle que busque una segunda opinión fuera de nuestra clínica.

INICIAL

TERMINACIÓN DEL PACIENTE

Nuestra misión es proporcionar atención de calidad a todos nuestros pacientes existentes. La relación colaborativa entre nuestra oficina y nuestros pacientes es esencial para la atención recibida y cualquier daño a dicha colaboración puede ser perjudicial. Por favor, vea a continuación los posibles motivos de alta:

- **No cumplimiento del tratamiento**
- **No adherirse a la política de asistencia**
- **No adherirse a las políticas de la clínica**
- **Comportamiento agresivo o violento**

INICIAL



FORMULARIOS/PAPELEO

Cualquier formulario solicitado debe discutirse primero con su proveedor. Queda a discreción del proveedor aceptar formularios, cartas y formularios de discapacidad. Nuestro tiempo general de entrega de documentos es de 5 a 7 días hábiles (hasta 14 días hábiles en algunos formularios), pero puede variar en circunstancias imprevistas. Por favor, asegúrese de traer sus solicitudes con suficiente antelación. A partir del 1 de enero de 2023, todos los documentos y formularios solicitados que requieran la firma del proveedor están sujetos a tarifas de facturación. Las tarifas de facturación no cubiertas por el seguro son responsabilidad del paciente/partes responsables.

INICIAL

TÉRMINOS FINANCIEROS

Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de obtener la autorización previa para el tratamiento de su compañía de seguros. Además, usted es responsable de todos los copagos y servicios de seguros cuando se prestan.

Asimismo, entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. Además, estoy de acuerdo en que si en algún momento durante mi tratamiento me doy cuenta de que no soy elegible para la cobertura de seguro, notificaré a PPC de inmediato y entiendo que seré financieramente responsable del 100% de los cargos facturados. **Acepto notificar a PPC sobre cambios en mi información personal y/o de seguro; mantenemos una tarjeta de crédito actual en archivo.**

Pacientes de Medicare, al firmar a continuación, acepto pagar el 20% de la visita inicial, todas las visitas de seguimiento y cualquier deducible.

NUESTRO DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN ES MIS FINANCIAL; PUEDE CONTACTARLOS AL 949-955-2101

TÉRMINOS DE PAGO Y SERVICIOS NO CUBIERTOS

Entiendo que se me cobrará la tarifa horaria regular de \$150-\$400 por servicios requeridos fuera de las sesiones de tratamiento. Estos servicios incluyen consultas con otros profesionales. Se me cobrará una tarifa por tutelas, peticiones, formularios de discapacidad o cualquier carta requerida para licencia médica.

Tenga en cuenta que, si fuera necesario que PPC emplee un abogado para hacer cumplir cualquiera de estas condiciones, entiendo que pagaré todos los gastos incurridos, incluidos honorarios razonables de abogados.

TIPOS DE PAGO. Los servicios se pagan por adelantado antes de cada cita. Por favor, haga los cheques a nombre de Progeny Psychiatric Clinic. Además, para su conveniencia, puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito/débito. Por favor, tenga en cuenta que los recibos solo se entregarán si se solicitan al inicio de su cita.

PAGO PUNTUAL. Los saldos no pagados dentro de 30 días se consideran “VENCIDOS”. Los saldos no pagados dentro de 60 días pueden enviarse a nuestra agencia de cobros o presentarse ante un tribunal de reclamos menores. Si no puede realizar un pago completo, acepta establecer un plan de pago con nuestro departamento de facturación (los montos pueden variar).

RECLAMOS DE SEGURO. Por favor, tenga en cuenta que usted es responsable de pagar todos los servicios prestados que no estén cubiertos por su aseguradora.

TARIFA POR CHEQUE DEVUELTO. La tarifa por cheque devuelto es de \$25.00. Si por alguna razón un cheque es devuelto sin haber sido pagado, el paciente pagará un adicional de cincuenta dólares (\$50.00) como pago por fondos insuficientes.



DERECHO A TERMINAR LA TERAPIA. Usted tiene derecho a finalizar la terapia en cualquier momento sin obligación, excepto pagar por los servicios completados.

_____ INICIAL

NUESTROS SERVICIOS PROFESIONALES/TARIFAS SON LOS SIGUIENTES:

Tarifas en Efectivo:

Servicios Profesionales	Times	Tarifas MD/DO	Tarifas NP/PhD	Tarifas de Terapia (Asociados, LCSW, LMFT, LPCC)
Visita Inicial	30-60 min 45-60 min Terapia	\$400	\$300-350	\$195
Visitas de Seguimiento	15-30 min 45-60 min Terapia	\$250	\$175-\$200	\$195
Citas Perdidas	Tarifas por No Presentarse	\$50	\$50	\$100

Servicios Relacionados con la Corte: (cualquier servicio relacionado con la corte, incluyendo evaluaciones, declaraciones, conferencias, testimonios, preparación, tiempo de espera y viaje, informes para uso legal, etc.)

Servicios Profesionales	Tarifas MD/DO	Tarifas NP/PhD	Tarifas de Terapia (Asociados, LCSW, LMFT, LPCC)
Prorrteado Medio día mínimo para asistencia a corte o estado de espera. Se requiere anticipo.	\$800 (Varía según el caso)	\$400 (Varies by Case)	\$400 (Varía según el caso)
TARIFA DE RETENCIÓN A pagarse antes de la fecha de corte.	\$2000 (Varía según el caso)	\$1000 (Varía según el caso)	\$1000 (Varía según el caso)

Tarifas de Documentos/Formularios:

El proveedor toma la decisión final respecto al nivel de complejidad y el tiempo requerido para completar cualquier formulario o documentación solicitada. Esta determinación se basa en varios factores, incluyendo:

- Historia clínica del paciente
- Extensión de la revisión del expediente necesaria
- Nivel de detalle y documentación de respaldo requerida por el formulario



B. Determinación de Tarifas

Las tarifas se establecen de acuerdo con el calendario estandarizado que se muestra a continuación, asegurando equidad y transparencia para todos los pacientes. El proveedor evaluará cada solicitud y notificará al paciente con anticipación si se anticipa tiempo adicional o cargos adicionales.

C. Notificación al Paciente

Se informará a los pacientes sobre todas las tarifas aplicables antes de comenzar a trabajar en cualquier formulario. Si se espera que una solicitud requiera más tiempo que la tarifa base estándar, el proveedor lo comunicará y obtendrá el acuerdo del paciente antes de proceder.

D. Equidad y Justicia

Todas las tarifas están alineadas con los promedios nacionales y de California para prácticas psiquiátricas y de atención primaria. Para pacientes de Medi-Cal, se aplica un tope máximo de desembolso para garantizar accesibilidad y equidad.

E. Calendario de Tarifas Estandarizado para Registros Médicos y Formularios

Tipo	Descripción	Tarifa
Carta de Plantilla Básica	Cartas de plantilla, notas de regreso a la escuela, cartas de asistencia, confirmaciones simples de progreso, diagnóstico o medicamentos	Gratis
Cartas y Formularios Estándar	Cartas narrativas y/o formularios que requieren revisión del expediente	\$40*
Formularios de Discapacidad	Discapacidad a corto y largo plazo, formularios SSA, documentación solicitada por abogado o tribunal	\$60*
Tiempo de Servicio Adicional	_____ por cada 15 minutos más allá de los 15 minutos	\$25
Solicitudes Urgentes	Para formularios requeridos dentro de 72 horas	\$20

Tope de Compasión Medi-Cal

Máximo de Desembolso: \$100 total por solicitud

Declaro que he leído, entiendo y acepto cumplir con todas las políticas y procedimientos de Progeny Psychiatric Clinic. Reconozco que el incumplimiento de las políticas de la clínica puede afectar la prestación de servicios. Acepto notificar a Progeny Psychiatric Clinic sobre cualquier cambio que pueda afectar mi capacidad o autoridad para dar consentimiento o cumplir con estas políticas.

Firma del Paciente/Representante

Fecha



AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO (*REQUERIDA A PARTIR DE 2023: LA TARJETA NO ES REQUERIDA PARA PACIENTES DE CALOPTIMA/LA CARE*)

Yo, _____, autorizo a Progeny Psychiatric Clinic a cargar a mi tarjeta de crédito los servicios adicionales proporcionados al paciente, por servicios no cubiertos por la compañía de seguros y que se consideran servicios de conserjería según lo indicado en los términos de pago y servicios no cubiertos. Los cargos a esta tarjeta de crédito pueden incluir, pero no se limitan a, visitas de oficina, sesiones telefónicas, papeleo y tarifas por cancelaciones tardías y ausencias. Entiendo que mi tarjeta de crédito será cargada automáticamente por estos servicios y contactaré a la oficina antes de mi cita si necesito cambiar la tarjeta registrada.

Tipo de Tarjeta: (CIRCULE) Visa MasterCard Discover AMEX

Número de Tarjeta: _____ **Fecha de Vencimiento:** _____

Número de Seguridad de la Tarjeta: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad
HIPAA**

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA.

Firma del Paciente/Representante

Fecha