

NOMBRE: \_\_\_\_\_

### Evaluador rápido del estado de ánimo

El cuestionario debe utilizarse como punto de partida. No es un sustituto de una evaluación médica completa. El trastorno bipolar es una enfermedad compleja, y un diagnóstico preciso y completo solo se puede hacer a través de una evaluación personal por parte de su médico. Sin embargo, una prueba positiva aquí puede sugerir que podría beneficiarse de buscar dicha evaluación de su médico. Independientemente de los resultados del cuestionario, si usted o alguien que conoce tiene inquietudes sobre su salud mental, comuníquese con su médico u otro profesional de la salud.

INSTRUCCIONES: Por favor, responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	SÍ	NO
1. ¿Ha habido al menos 6 períodos diferentes de tiempo (al menos 2 semanas) en los que se sintió profundamente deprimido?		
2. ¿Tuviste problemas con la depresión antes de los 18 años?		
3. ¿Alguna vez ha tenido que suspender o cambiar su antidepresivo porque lo hizo muy irritable o hiperactivo?		
4. ¿Alguna vez ha tenido un período de al menos 1 semana durante el cual estuvo más hablador de lo normal?		
¿Con pensamientos corriendo en tu cabeza?		
5. ¿Alguna vez ha tenido un período de al menos 1 semana durante el cual se sintió alguno de los siguientes: inusualmente feliz;		
inusualmente extrovertido; ¿O inusualmente energético?		
6. ¿Alguna vez ha tenido un período de al menos 1 semana durante el cual necesitó dormir mucho menos de lo habitual?		



## *FORMA DE REGISTRACION*

### INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	Nombre del Medio::	Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) Divorciado(a)
¿Este es su nombre legal? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	¿Si no, Cual es su nombre legal?	Previo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
			Edad:
			Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Dirección::		Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Seguro Social:	Numero de Teléfono de Casa:	Numero de Celular:	Otro Numero de Teléfono:
Ocupación:	Empleado:	Correo Electrónico:	
Referido a la clínica por (Nombre de clínica/Doctor(a)):		Donde escuchaste de nosotros?	
Otros miembros de la familia que vean aquí:			

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor, dé su tarjeta de seguro y tarjeta de conducir/tarjeta de identificación a la recepcionista.)

Nombre del seguro primario:

Tipo de seguro primario:    Medicare            Medi-Cal            PPO            HMO            CASH

El nombre del suscriptor:	Póliza/Miembro ID#:	Grupo #:	
---------------------------	---------------------	----------	--

La relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_ | Otro: \_\_\_\_\_ | Contacto del suscriptor#: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario:

Tipo de seguro primario:    Medicare            Medi-Cal            PPO            HMO            CASH

El nombre del suscriptor:	Póliza/Miembro ID#:	Grupo #:	Contacto de Póliza #:
---------------------------	---------------------	----------	-----------------------

La relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_ | Otro: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o pariente local:	Relación con el paciente:	Teléfono de Casa #:	Teléfono de Trabajo#:
------------------------------------	---------------------------	---------------------	-----------------------

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a la compañía de seguros a liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/ TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## **¡Bienvenido a la Clínica Psiquiátrica Progeny!**

Este formulario proporcionará información sobre nuestros servicios y sobre sus derechos y responsabilidades como cliente. Asegúrese de discutir cualquier pregunta con su médico o nuestro personal de recepción. Su firma o inicial en la parte inferior de cada página indica que comprende la información y está de acuerdo con cada sección.

**Si cambia de seguro, nombre legal, dirección postal o información de contacto, notifique a la recepción lo antes posible.**

### **INFORMACIÓN CLÍNICA:**

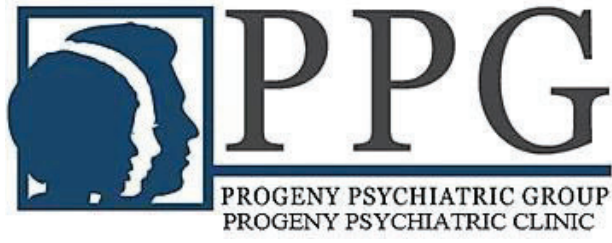
Nuestra línea principal: (949) 722 – 7118  
2111

\* La línea principal le dará opciones para cada una de las clínicas. De lo contrario, puede utilizar la ubicación de su sitio directamente a través de su línea directa.

Nuestro departamento de facturación: MIS BILLING (949) 955 - 2101

**Toda esta información y recursos adicionales se pueden encontrar en nuestro sitio web [www.progenyclinic.com](http://www.progenyclinic.com).**

**\*\*Solo con fines informativos, un enlace a los Centros federales de Medicare y La página web de Pagos Abiertos de los Servicios de Medicaid (CMS) se proporciona aquí. El La Ley Sunshine de Pagos de Médicos requiere que la información detallada sobre el pago y otros pagos por valor superior a diez dólares (\$ 10) de fabricantes de medicamentos, Los dispositivos médicos y biológicos para médicos y hospitales universitarios se pongan a disposición de el público. La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.\*\***



## *Consentimientos*

### INFORMED CONSENT

Entiendo que la información obtenida en esta evaluación es confidencial y no se divulgará a ninguna persona u organización sin mi permiso por escrito. (Esta divulgación está disponible en nuestra oficina o puede completarse con cualquier persona a la que desee otorgar dicho acceso y luego proporcionarnos). Las únicas excepciones a esta política son situaciones raras en las que la ley le exige que divulgue información con o sin mi permiso. Estos son: 1) si hay evidencia de abuso físico y / o sexual de niños o abuso a los ancianos; 2) si juzga que estoy en peligro de dañarme a mí mismo oa otra persona; y 3) si mis registros son citados por la corte. En el raro caso de cualquiera de estas situaciones, intentaría discutir sus intenciones conmigo antes de que se tome una acción, y limitaría la divulgación de información confidencial al mínimo necesario para garantizar la seguridad.

### CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Con mi firma a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para una evaluación psicológica por parte de la Clínica Psiquiátrica Progeny, que he sido informado de las políticas con respecto a las evaluaciones en la clínica y he leído el formulario de consentimiento de 5 páginas, así como las políticas sobre retrasos / cancelaciones y pérdidas. equipo; y estoy de acuerdo con todos los arreglos de pago descritos en este formulario. Entiendo completamente mis derechos y obligaciones como cliente de PPG y acepto libremente esta evaluación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma / Relación (Si el cliente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre en letra de imprenta)

### INFORMACION DEL PROVEEDOR

Los servicios de administración de medicamentos pueden ser prestados por un médico, una enfermera practicante o un médico asociado. Todos los anteriores son capaces de evaluar, diagnosticar y prescribir medicamentos. En caso de que su proveedor no esté disponible, podrá ser tratado por uno de nuestros otros proveedores.

Los servicios de terapia pueden ser prestados por un psicólogo, consejero, terapeuta matrimonial y familiar autorizado, terapeuta matrimonial y familiar asociado, trabajador social clínico con licencia, profesional clínico con licencia.

consejeros, consejero profesional asociado o trabajador social clínico asociado.

*\*Nuestra práctica también tiene estudiantes que completan sus horas junto con uno de nuestros médicos autorizados. Tiene derecho a negarse a ser visto por uno y solicitar a su médico si lo prefiere. (Puede requerir reprogramación si no están disponibles de inmediato\*)*

*\*Nuestros médicos ejercen como contratistas independientes.\**

\_\_\_\_\_ INICIAL



## *Acuerdos de Confidencialidad*

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

#### Poliza de privacidad

- *La confidencialidad es el derecho legal a la privacidad de todos los pacientes que reciben servicios psiquiátricos y psicológicos. Por ejemplo, toda la información personal presentada a esta oficina no será discutida con personas o agentes fuera de esta oficina, excepto según lo autorizado por un comunicado escrito o según lo requiera 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:*
- Usted da su consentimiento por escrito para que Progeny Psychiatric Clinic divulgue y divulgue información..
- La ley exige o permite una violación de la confidencialidad. Los ejemplos incluyen casos en los que Progeny Psychiatric Clinic tiene una sospecha razonable de abuso infantil, abuso de ancianos / adultos dependientes, peligrosidad para sí mismo o para otros, y otros asuntos sujetos a la ley.
- Progeny Psychiatric Clinic, a su discreción, decide obtener una consulta sobre su caso con un colega o un asesor legal, en cuyo caso no se revelará ninguna información de identificación..
- No realiza los pagos regulares de su factura pendiente, lo que puede resultar en que su factura se entregue a una agencia de cobranza o se envíe a un tribunal de reclamos menores.
- Tras la notificación de un caso de agencia de servicio social, en el que toda la información compartida con Progeny Psychiatric Group se transmitirá al trabajador social asignado y / u otro representante y agentes de la SSA..
- Si usted es una de las partes en un litigio, incluido un litigio de divorcio, y presenta su condición mental como un problema, se puede renunciar a su privilegio. En caso de custodia, es posible que deba renunciar a su privilegio para facilitar una evaluación por parte de un evaluador ordenado por la corte. Es posible que se le solicite a PPG que presente sus registros y / o testifique en la deposición o en el juicio si se nos notifican citaciones u órdenes judiciales. No podemos brindarle asesoramiento legal sobre qué acción puede o no renunciar a su privilegio.
- Tenga en cuenta que, según el Código de Familia de California, un padre sin custodia aún puede tener derecho a recibir información sobre el tratamiento de su hijo.

### NOTA PARA LOS PADRES SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS NIÑOS

Si su hijo participó en el tratamiento, es importante permitirle desarrollar una relación confidencial con su psiquiatra y / o terapeuta. Como tal, usted comprende que la mayor parte de la información personal que su hijo discute con su terapeuta normalmente no se compartirá con usted. Más bien, el médico de su hijo le proporcionará resúmenes generales del progreso de su hijo 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, conducir en estado de ebriedad, etc.)

\_\_\_\_\_ INICIAL



## *Polizas de la clínica*

### **POLICZAS DE CITAS**

Las evaluaciones iniciales, las valoraciones y las sesiones completas suelen durar entre 30 y 60 minutos. La sesión de seguimiento posterior varía entre 15 y 30 minutos de duración. Las sesiones de administración de medicamentos tienen una duración aproximada de 15 minutos, según el caso. Sin embargo, estas sesiones pueden requerir más tiempo del esperado. Todos los trámites y la presentación de copagos deben realizarse antes del inicio de la sesión. Llegue 15 minutos antes de su cita programada para facilitar las operaciones. Respete las pautas de tiempo para que el próximo paciente que espera no se vea afectado. Si regresa después de 1 año, será considerado un nuevo paciente y deberá ser reevaluado.

### **SERVICIOS DE URGENCIA / EMERGENCIA**

Somos una clínica para pacientes ambulatorios 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 una idea suicida actual, por favor llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana. Una vez que haya recibido atención de urgencia, comuníquese con su proveedor ambulatorio para analizar cualquier cambio realizado en el hospital (también lo recomendarán antes del alta).

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS Y LLEGADAS TARDÍAS**

**Número de teléfono de cancelación y llegada tardía: 949-722-7118**

*Guarde este número donde sea conveniente para usted si lo necesita.*

#### **LLEGADAS TARDÍAS:**

Si llega tarde, es discreción del proveedor verlo ese día o solicitar una reprogramación para una fecha futura.

#### **ACERCA DE LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 24 HORAS:**

*Todas las cancelaciones o cambios de citas deben realizarse dentro de las 24 horas, o el paciente puede acumular una tarifa por no presentarse.*

**Razón de esta poliza:** Notificar su intención de cancelar o reprogramar con 24 horas de anticipación le brinda la oportunidad de programar a otra persona para ese intervalo de tiempo. Esto es importante porque otros pueden estar en una lista de espera o también pueden estar buscando una oportunidad para reprogramar para otro horario. Se agradece mucho la notificación con la mayor antelación posible.

\_\_\_\_\_ INICIAL



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

\*\* Una notificación por correo electrónico o correo de voz entregada dentro del período de tiempo es aceptable como notificación adecuada.

Debido a que es ilegal facturar a su compañía de seguros por una cita perdida, usted será responsable de pagar la tarifa completa por la sesión perdida de su bolsillo (lo que resulta en un pago mucho más alto de lo que pudo haber pagado por una cita mantenida). La tasa de efectivo por hora variará por hora por proveedor:

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

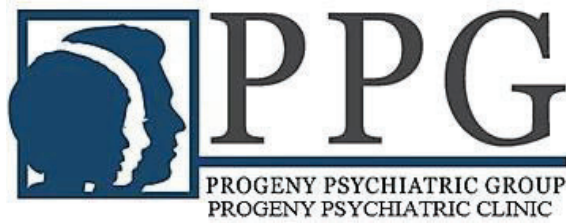
### **POLIZAS DE RELLENO**

- Usted es responsable de notificar a la oficina en el momento de su cita si se está quedando sin medicamentos para que podamos evitar la escasez de medicamentos.
- Las renovaciones de medicamentos deben ser atendidas durante su cita, en circunstancias imprevistas si se queda sin medicamentos; comuníquese con la oficina durante el horario comercial habitual. Estaremos encantados de volver a surtir sus medicamentos no controlados si tiene una cita de seguimiento programada o lo programaremos con el próximo proveedor disponible.
- Las recetas controladas perdidas / robadas pueden requerir un informe policial y solo se volverán a surtir si son clínicamente seguras.
- Los reabastecimientos no garantizan la cobertura de medicamentos; hable con su farmacia sobre la cobertura.

### **FORMAS DE COMUNICACIÓN**

- Puede comunicarse con nuestras oficinas a través de: teléfono, correo electrónico, envío de formularios en línea, mensajes de yelp o correo de voz.
- Permita a nuestro personal de recepción hasta dos días hábiles para responder a sus correos electrónicos.
- Los proveedores pueden tener su propio tiempo de respuesta para responder a los correos electrónicos, por favor hable de esto con su proveedor.
- Los mensajes de voz se devuelven dentro de 1 día hábil. Asegúrese de dejar un mensaje completo para que podamos ayudarlo adecuadamente.
- Nuestros recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico se enviarán al número y / o correo electrónico que proporcionó. Estos recordatorios son gratuitos, asegúrese de anotar también su cita. Si en algún momento desea eliminarlos, comuníquese a nuestro personal de recepción.

\_\_\_\_\_ INICIAL



## **FORMULARIOS / DOCUMENTOS**

Cualquier formulario solicitado debe discutirse primero con su proveedor. Depende de la discreción del proveedor aceptar formularios, cartas y papeleo de discapacidad. Nuestro tiempo de respuesta general para el papeleo es de 5 a 7 días hábiles (hasta 14 días hábiles en algunos formularios), pero puede variar en circunstancias imprevistas. Asegúrese de presentar sus solicitudes de manera oportuna. A partir del 1 de enero de 2023, todos los documentos y formularios solicitados que requieran ser completados por el proveedor están sujetos a tarifas de facturación. Las tarifas de facturación no cubiertas por el seguro son responsabilidad del paciente o de las partes responsables.

## **PREVIA AUTORIZACIÓN**

Nuestra oficina puede enviar PAS, para medicamentos. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tengamos la información de seguro, contacto y facturación más actualizada para que podamos enviarla al plan adecuado. Las aprobaciones de autorización previa no están garantizadas y dependen de su seguro. Las autorizaciones previas pueden demorar de 5 a 7 días hábiles en completarse, a partir del día en que se nos notifica de la solicitud.

## **CAMBIAR DE PROVEEDORES**

Puede consultar a otro proveedor dentro de nuestra clínica si su proveedor no está disponible. Esto no se considera cambiar de proveedor. Cambiar de proveedor significa que le gustaría dejar de recibir atención con su proveedor actual y comenzar su atención con otro. Nuestro objetivo es que usted tenga una relación establecida y un cuidado continuo. Limitaremos el cambio de proveedores después de 2 veces. Al cambiar de proveedor, debe ser por una razón distinta a no aceptar el plan de tratamiento (solicitar medicamentos en particular que un proveedor rechazó, solicitar mayores dosis que un proveedor rechazó, solicitar solo medicamentos controlados que un proveedor rechaza, etc.) Medicamentos y atención proporcionada se basará en la evaluación de su proveedor y solo se proporcionará cuando sea médicamente apropiado. Si no está de acuerdo con su plan de tratamiento, es posible que le pidamos que busque una segunda opinión fuera de nuestra clínica.

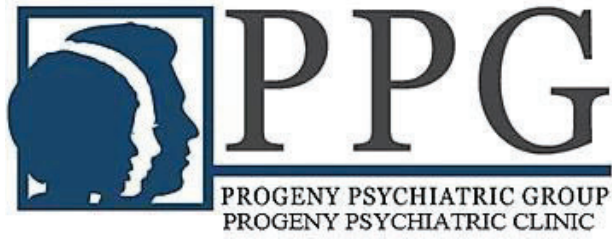
## **TERMINACIÓN DEL PACIENTE**

**Nuestra misión es brindar atención de calidad a todos nuestros pacientes actuales. La relación de colaboración entre nuestra oficina y nuestros pacientes es fundamental para la atención recibida y cualquier daño a dicha colaboración puede ser perjudicial. Consulte a continuación las posibles razones del alta.**

- **No cumple con el tratamiento**
- **No cumplir con la política de asistencia.**
- **Incumplimiento de las políticas de la clínica.**
- **Comportamiento agresivo o violento**

\_\_\_\_\_ **INICIAL**





## TÉRMINOS FINANCIEROS

Además, entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. Además, acepto que si en cualquier momento durante mi tratamiento me doy cuenta de que no soy elegible para la cobertura de seguro, notificaré a PPG de inmediato, entiendo que seré financieramente responsable por el 100% de los cargos facturados. Por último, acepto notificar a PPG de los cambios en mi información personal o de mi seguro, mantenemos una tarjeta de crédito actualizada en nuestros archivos.

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

**NUESTRO DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN ES MIS FACTURACIÓN, PUEDE CONTACTARLOS AL # 949-955-2101**

## CONDICIONES DE PAGO Y SERVICIOS DESCUBIERTOS

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

Tenga en cuenta que si fuera necesario que PPG contrate a un abogado para hacer cumplir cualquiera de estas condiciones del presente, entiendo que pagaré todos los gastos incurridos, incluidos los honorarios razonables del abogado.

**Tipos de pago.** Los servicios se pagan antes de cada cita. Haga los cheques pagaderos a Progeny Psychiatric Clinic. Además, para su comodidad, puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito. Tenga en cuenta que los recibos solo se entregarán mediante solicitud al comienzo de su cita.

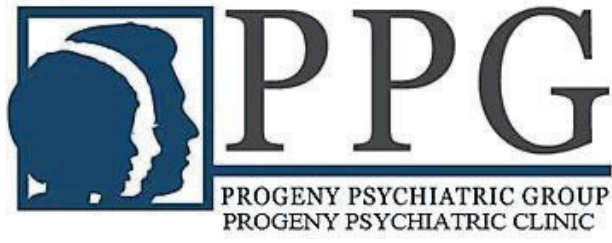
**Pago puntual.** Los saldos no pagados dentro de los 30 días se consideran "VENCIDOS". Los saldos que no se paguen dentro de los 60 días pueden enviarse a nuestra agencia de cobranzas o procesarse a través de la corte de reclamos menores. Si no puede realizar un pago completo, acepta establecer un plan de pago hasta que se complete el saldo.

**Reclamos de seguro.** Tenga en cuenta que debe pagar todos los servicios prestados que no estén cubiertos por su compañía de seguros.

**DEVOLUCIÓN DE LA TARIFA DEL CHEQUE.** El cargo por cheque devuelto es de \$ 25.00. Si por alguna razón se devuelve un cheque sin haber sido pagado, el paciente pagará cincuenta dólares (\$ 50.00) adicionales como pago de fondos insuficientes.

**DERECHO A TERMINAR LA TERAPIA.** Tiene derecho a finalizar la terapia en cualquier momento sin la obligación de pagar por los servicios completados.

\_\_\_\_\_ INICIAL



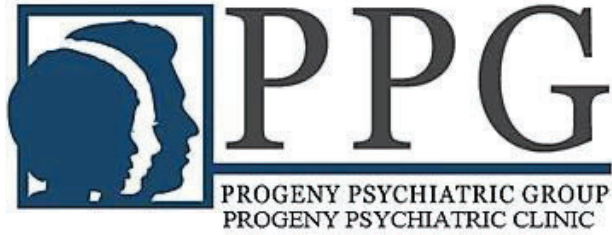
**POLITICAS FINANCIERAS**

Servicios profesionales y tarifas: Nuestros servicios profesionales y tarifas son los siguientes:

Servicios profesionales	Tiempos	Tarifas MD/DO	Tarifas for NP/ PhD	Tarifas for LCSW/LMFT
Visita Inicial	30-40 min 60 min Theraia	\$400	\$300-350	\$150
Visita de Seguimiento	15-20 min 60 Min	\$250	\$175-200	\$150
Citas Faltadas	Ninguna llamada /No Show	\$50	\$50	\$100

Formularios, cartas y otros no específicos

Formularios, redacción de informes (resúmenes de tratamientos, discapacidad, cartas, etc.) Formularios de tutela	\$15 por página	\$15 por página	\$15 por página	\$15 por página
Servicios relacionados con la corte: cualquier servicio relacionado con el tribunal, incluida la evaluación, declaraciones, conferencias, testimonios, preparación, tiempo de espera y de viaje, informes que se utilizarán con fines legales, etc.)	Prorrateado Mínimo de medio día para asistencia a la cancha o estado de espera. Retenedor requerido por adelantado. TASA DE RETENCIÓN A pagar antes de la fecha de la corte.	\$800 Varía según el documento  \$2000 Varía según el documento	\$400 Varía según el documento  \$1000 Varía según el documento	\$400 Varía según el documento  \$1000 Varía según el documento



**AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO/DEBITO ( REQUERIDO PARA 2023)**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Progeny Psychiatric Clinic, a cargar mi tarjeta de crédito por servicios adicionales proporcionados al paciente, por servicios no pagados por la compañía de seguros y que son considerados servicios de conserjería como se indica en las condiciones de pago y servicios no cubiertos. cargos a este tarjeta de crédito puede incluir, entre otros, visitas al consultorio, sesiones telefónicas, tarifas de no presentarse. Entiendo que mi tarjeta de crédito se cargará automáticamente por estos servicios y me comunicaré con la oficina antes de mi visita si necesito cambiar las tarjetas registradas.

Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ MasterCard \_\_\_\_\_ Discover \_\_\_\_\_ AMEX

Numero de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA**

Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido este Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la firma no es del paciente, explique la naturaleza de la relación o tutela:

\_\_\_\_\_