

Notificación de Garantía de Cumplimiento

Todos los profesionales de la salud y personal de la oficina se someten de forma continua formación para que puedan entender y cumplir con las normas y regulaciones del gobierno con respecto a la Ley de Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), con especial énfasis en la "Regla de Privacidad." Nos esforzamos para alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en el desempeño de servicios para nuestros pacientes. Es nuestra política para determinar adecuadamente los usos adecuados de información de salud personal (PHI) de conformidad con HIPAA. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Queremos asegurarnos de que nuestros pacientes que nuestra práctica no contribuirán a sabiendas de ninguna manera con el creciente problema de la divulgación indebida de la PHI. Como parte de este plan, hemos implantado un programa de cumplimiento que ayudará a evitar cualquier uso inadecuado de la PHI. Cualquier pregunta relacionada con esta política pueden ser dirigidas al Director de la Oficina.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Si usted es o ha sido un paciente de servicios de salud mental, usted tiene el derecho de

- Servicios de acceso que sean apropiadas a su discapacidad, la cultura, el idioma, el género y la edad
- Ser tratado con respeto y con la debida consideración de su dignidad y privacidad
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y alternativas, presentada en una forma apropiada para su condición y capacidad de entender
- Participar en las decisiones sobre su cuidado de salud, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Un plan de tratamiento individualizado para garantizar una atención de calidad y la coordinación de la atención

Reconozco la información anterior y mis derechos y responsabilidades del paciente. Una copia de los derechos de los pacientes y el manual del consumidor para la salud mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte fue proporcionada a mí.

X _____

Firma del paciente (o padre / tutor legal)

_____ Fecha

Información de Seguros (Por favor dar la tarjeta a la recepcionista)

**** Sólo factura de seguro primario. No se aceptará ningún seguro secundario. ****

Tiene Medicare? Si/ No

Tenga en cuenta CEH no acepta Medicare como seguro primario o secundario. Si en algún momento cambia su cobertura de seguro de Medicare, debeinformar al departamento de facturación CEH inmediatamente. Los pacientes que no informar al departamento de facturación pueden incurrir en un equilibrio, y / o están sujetos a la descarga. Por favor firme abajo reconociendo que no tiene cobertura de Medicare y que va a informar a la CEH sobre cualquier cambio de cobertura que tienen lugar.

Exención de Seguros y Autorización Del Pago de Servicios

Yo entiendo que las cantidades pagadas por mi compañía de seguros al Centro para la salud emocional de determinados servicios prestados pueden cambiar de vez en cuando. Cualquier cantidad de pago solicitados en el registro de entrada / salida. Como tal, al recibir la contabilidad final y el pago de mi compañía de seguros, un pago adicional puede ser necesaria para resolver mi cuenta con centro para la salud emocional.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina si mi cobertura de seguro cambia en cualquier punto en el tiempo. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo y / o cargos no cubiertos / pagados por mi compañía de seguros no pagados.

Autorizo y solicito mis beneficios de seguro sean pagados directamente al Centro para la Salud Emocional. Esta autorización cubrirá todo el tratamiento y los servicios prestados hasta que se recibe un aviso de cancelación por escrito.

X _____

Firma del paciente (o padre / tutor legal)

_____ Fecha

Información del Paciente

Como supiste de nosotros? (Marque uno): Amigo de la Familia ,Escuela ,en Internet ,Otro _____
Eres un veterano? Si No En caso afirmativo, informar al proveedor que está viendo _____
Nombre del paciente: (Apellido): _____ (Primer:) _____ MI: _____ Fecha de
Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social _____ Sexo (marque uno): M o F
Estado Civil: _____ # Teléfono (Inicio): _____ Celular: _____
Domicilio _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Empleador: _____ Ocupación _____
Contacto de emergencia (Nombre completo) _____ Relación _____
Teléfono: _____ Alternativo Tel: _____

Lista de Verificación de Síntomas Actuales

___ Estado de ánimo deprimido ___ Pensamientos acelerados ___ Ataques de ansiedad
___ No es posible disfrutar de actividades ___ Impulsividad ___ Fatiga
___ Sleep patrón de perturbación ___ Episodios de llanto ___ Cambios en el apetito
___ Energía excesiva ___ Culpabilidad excesiva ___ Susplicacia ___ La evitación
___ Pérdida de interés ___ Disminución de la libido ___ Olvido / Concentración
___ Preocupación excesiva ___ El exceso de alcohol ___ Aumento de la libido
___ Abuso de sustancias ___ El aumento de los comportamientos de riesgo

Preguntas Generales

Nombre de la farmacia local: _____ Teléfono #: _____
Especialista visto (queno sea CEH): _____ Teléfono #: _____
Terapeuta actual / Consejero: _____
Alergias a medicamentos: _____
otras alergias (alimentos,abejas, jabón, etc) _____
Los medicamentos actuales (incluyendo sin receta médica): _____
hierbas, vitaminas, suplementos: _____
Su dirección de correo electrónico _____
Médico de atención primaria: _____
Médico de atención primaria de contacto: _____

Autorizo y consentimiento para el intercambio de CEH / divulga mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo con el médico de atención primaria que aparece arriba.

NO autorizo y consentimiento para el intercambio de CEH o divulga mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo con el médico de atención primaria que aparece arriba.

X _____
Firma del paciente (o padre / tutor legal) Fecha

El Consentimiento para Tratar a Adultos

Yo, _____ doy consentimiento a cualquier atención médica determinada por el Centro para el personal médico salud emocional.

- Doy mi consentimiento al tratamiento ambulatorio Doy mi consentimiento a pruebas de drogas
 Doy mi consentimiento para Administración de Medicamentos No consiento a _____

X _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

X _____
Firma del paciente (o padre / tutor legal) Fecha

Consentimiento para Tratar Menores

I, _____ (padre, madre o tutor legal), de _____, nacido _____, da su consentimiento a cualquier atención médica determinada por el Centro para el personal médico salud emocional para el bienestar de mi hijo.

- Doy mi consentimiento al tratamiento ambulatorio Doy mi consentimiento a pruebas de drogas
 Doy mi consentimiento para Administración de Medicamentos No consiento a _____

X _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

X _____
Firma del paciente (o padre / tutor legal) Fecha

Examen de Orina FAQ

Por qué me preguntas a proporcionar una muestra de orina?

Para su seguridad, esta oficina está cumpliendo con las directrices federales sugeridas. Muchos médicos creen que las pruebas de drogas permite a la clínica a asegurar el más alto nivel de seguridad de los pacientes. Este programa de monitorización de fármacos quiere esta oficina a:

- Entender los niveles reales de fármacos presentes en un paciente
- Identificar droga peligrosa a drogas reactividad cruzada
- Vigilar el cumplimiento de los planes de tratamiento
- Ayuda a los médicos, el personal y los pacientes estén seguros

Con qué frecuencia tengo que hacer esto?

Esta oficina cumplir con las directrices federales que requieren los médicos para limitar la desviación de drogas paciente. Los pacientes están sujetos a pruebas de drogas al azar

Cómo fui elegido?

Dado que este programa de monitoreo de drogas se aplica a pacientes nuevos y existentes, esta oficina recogerá muestras de todos los pacientes inicialmente, así como realizar colecciones aleatorias para todos los pacientes que se prescriben sustancias controladas.

Quién va a ver los resultados?

están autorizados a nuestro personal del personal de oficina y de laboratorio para ver los resultados de laboratorio.

Qué va a pasar si los resultados de laboratorio son negativos?

Lo que los resultados muestran y las medidas adoptadas por los resultados, es hasta el médico.

**** Es política de la CEH que no podemos recetar medicamentos a los pacientes que no logran una prueba de drogas o que tienen antecedentes de abuso de sustancias. Vamos a ser capaces de ayudar en medicamentos alternativos para el tratamiento de los pacientes.**

_____ Doy mi consentimiento para las pruebas de drogas.

_____ No consiento a pruebas de drogas. Al marcar esta opción, no recibirá ningún tipo de medicamentos controlados. He revisado esta forma y de acuerdo a la política CEH anteriormente

X _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

X _____
Firma del paciente (o padre / tutor legal) Fecha