



**Identificación** - Para la protección de nuestros pacientes, y para reducir el robo de identidad médica, es necesario que todos los pacientes presenten una tarjeta de identificación, de seguro válido y licencia de conducir en el momento del servicio. Si una licencia de conducir no está disponible, una identificación con foto válida debe ser presentada. Puede enviar estos artículos por correo electrónico a [info@cehcharlotte.com](mailto:info@cehcharlotte.com)

**Citas Perdidas** - Habrá un cargo de \$ 85.00 por cualquier pérdida de citas a menos que la cita fue cancelado o reprogramado al menos 24 horas de anticipación. Todavía se considera no presentarse, incluso si usted no recibe una llamada de cortesía. Si usted incurre en esta cuota de \$85.00 no podemos rellenar recetas, cumplir con las solicitudes de transferencia de registro, o cualquier otra solicitud asta que se haya pagado esta cuota . Si tiene tres (3) citas que no se presenta, están sujetos a ser dado de alta. Cualquier saldo debe ser pagado antes de recibir cualquier servicio.

**Comportamiento Inadecuado** - Pacientes pueden ser dados de alta debido a un comportamiento disruptivo o al incumplimiento del tratamiento.

**Llegar tarde a la cita** - Si un paciente llega 5 minutos tarde para una cita de control de medicación de seguimiento, O Si llega 15 minutos tarde para una cita inicial de medicación, O Si llega 15 minutos tarde para una cita de seguimiento con un terapeuta, el paciente debe volver a programar su cita.

**Rellenar Recetas** - Es responsabilidad del paciente programar una cita de seguimiento **antes** de que se acabe la receta para asegurar suministro continuo de la receta. Si le recetan medicamentos, se le proporcionará una prescripción inicial y recargas para durar hasta la visita de seguimiento. Las solicitudes de rellenar su receta serán rechazadas si el paciente no puede mantener el seguimiento de las citas. La prescripción de recambio de rutina no serán proporcionados en los fines de semana.

**Discapacidad** - Hay un \$150.00 cobrar por la finalización de cada conjunto de documentación discapacidad. Cualquier extensión o adicional papeleo estará sujeto a un \$75.00 cuota. Esta cuota debe pagarse por adelantado y puede tomar hasta 7-10 días laborales para ser completado.

**Registros médicos** - Los registros pueden ser liberados por un precio de \$10.00. Esta cuota debe pagarse por adelantado. Todas las solicitudes de registros médicos están sujetos a ser negado por la política de la oficina. Grabar solicitud puede tardar hasta 7-10 días laborales para ser completado.

**Mensajes** - Los mensajes se devuelven en el orden de los cuales se reciben, sin embargo, si se trata de una emergencia, llame al 911.

Los pacientes menores de 17 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal para todos los medicamentos los órganos de dirección y otros servicios de tratamiento.

X \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha

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

Políticas y procedimientos anteriores no son aplicables a todos los programas y servicios ofrecidos CEH.

### 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, debe informar al departamento de facturación CEH inmediatamente. Los pacientes que no informan 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

### Póliza de reembolso:

No hay reembolsos por los servicios recibidos para terapia, administración de medicamentos, procesamiento de formularios o finalización de cualquier papeleo , excepto cuando CEH no puede brindar servicios. En tales casos, la solicitud de reembolso debe ser revisada por la alta gerencia .

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    | ___ La evitación           |
| ___ Pérdida de interés                          | ___ Disminución de la libido | ___ Aumento de la libido   |
| ___ Preocupación excesiva                       | ___ El exceso de alcohol     | ___ Olvido / Concentración |
| ___ El aumento de los comportamientos de riesgo | ___ Abuso de sustancias      | ___ Susplicia              |

### 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



X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o padre / tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha