



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

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 - A partir del lunes 4 de abril de 2022, ya no estaremos ofreciendo servicios de discapacidad a los pacientes. Sin embargo, continuaremos ofreciendo servicios de FMLA y los registros para casos de discapacidad que se hayan iniciado fuera de CEH. Los servicios de FMLA estarán sujetos a un costo que usted tendrá que pagar por adelantado.

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, 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 reciba 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 .Pacientes que hagan una disputa sobre cargos que se les hayan cobrado por nuestros servicios se les cobrará una cuota administrativa de \$50 y ya no se les será permitido pagar con tarjeta de débito/crédito. Cualquier pago en el futuro tendrá que ser hecho en efectivo para recibir nuestros servicios.

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

Razon de la visita: _____

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Suspiciona |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sleep patrón de perturbación | <input type="checkbox"/> Episodios de llanto |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | <input type="checkbox"/> Culpabilidad excesiva |
| <input type="checkbox"/> Le evitación | <input type="checkbox"/> Aumento de la libido | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Disminución | <input type="checkbox"/> No es posible disfrutar de actividades | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Olvido / Concentración | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> El exceso de alcohol | | <input type="checkbox"/> 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 Doy mi consentimiento a cualquier atención médica determinada por el personal médico de CEH

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

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

Consentimiento para Tratar Menores

Yo, _____ (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 Doy mi consentimiento a cualquier atención médica determinada por el personal médico de CEH

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 salud y seguridad de nuestros pacientes, CEH recoge muestras de orina para cumplir con las directrices federales sugeridas. Supervisando muestras de la orina CEH es capaz de:

- 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

Con qué frecuencia tengo que hacer esto?

CEH cumple con las directrices federales que requieren que los proveedores limitan la desviación de medicamentos a los pacientes Los pacientes están sujetos a pruebas de drogas al azar.

Cómo fui elegido?

Esta oficina recogerá muestras de todos los pacientes inicialmente, así como realizar colecciones aleatorias para todos los pacientes a los que se les prescriban medicamentos.

Quién va a ver los resultados?

Nuestro personal de oficina y de laboratorio para ver los resultados del laboratorio.

**** 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