

HARBOR PSYCH

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE NUEVO

Nombre Del Paciente				Fecha
Fecha de Nacimiento	Edad	<input type="radio"/> Homb(r)male)	<input type="radio"/> Mujer(female)	SS#
Direccion				
Ciudad		Estado		Codigo Postal
Número de teléfono (casa)		Aprueba Llamdas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Número de teléfono (trabajo)		Aprueba Llamadas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Número de teléfono (celda)		Aprueba Llamadas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
		Bien al texto	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Estado Civil <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Union Libre				
Empleado / Estudiante			Ocupacion	
Contacto de Emergencia			Numero de telefono	
Relacion al Paciente				
Informacion Sobre Aseguranza				
Aseguranza Primaria		Numero de Poliza	Numero de telefono	
Nombre del Subscriptor		Seguro Social del Suscriptor		
Aseguranza Secundaria		Numero de Poliza	Numero de telefono	
Nombre del Suscriptor		Seguro Social del Suscriptor		
Compania De Empleo		Referido por		
Medico de cuidado Primario				
Nombre		Ultima visita		
Numero de Telefono		Numero de Fax		
Historia Medica				
Que Medicamentos Toma Actualmente				
Preocupacion Presente				
Por favor describa la razon primaria por cual usted busca tratamiento				
Hubo un evento en cual le causo este problema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, la respuesta es SI, por favor describa la razon				

Encuesta antes del Tratamiento						
Por favor evalúe cuanto fue afectado/a por lo siguiente de la semana pasada:	N/A	Ligeramente	Moderadamente	Severamente	Extremadamente	
Alguna preocupacion sobre su salud fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pensamientos o comportamientos que usted tenga repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Energia excepcionalmente alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Se siente triste, afanado o deprimido/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ansiedad, nervios o tension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Enojo, hostilado o irritabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Temor a cosas o lugares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Temor que otros quieren hacerle dano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esta tomando alcohol mucho o usando drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pensamientos irreales, extranos, o fuera de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Por favor evalúe como le va	N/A	No puedo funcionar	Problemas Serios	Problemas Medianos	Problemas Ligeros	No tiene problemas
En su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En su matrimonio o relacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En relacion familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En relaciones con personas fuera de su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por favor ayude a evaluar nuestros servicios evaluado lo siguiente:	Excelente	Muy Bien	Bien	Justo	Pobre	
Su llamada inicial fue recibida pronto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cortesia al recibir su llamada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Nombre del Paciente (Letra de molde):		ID de Referencia:
Iniciales	Forma debe ser completada por paciente(0 padre/guardian si el paciente es menor de 18 años)	
	<p>TERMINOS FINANCIEROS: Sobre verificación del plan de salud/coertura de aseguranza y limitaciones de la poliza, nosotros le cobraremos a su aseguranza por usted y su proveedor sera pagado directamente por la aseguranza. Usted (paciente o guardian) sera responsable por los pagos de co-pago y pagos aplicables de su deducible. Si usted no es elegible en el momento cuando los servicios sean rendidos, usted sera responsable de pagar por los servicios. Se requiere que los pagos de co-pago se hagan en el momento que los servicios sean rendidos. Si usted esta sin plan de salud/coertura de aseguranza, durante su primera cita se debe de llegar a un acuerdo de pagos. Nuestros expedientes indican que sus beneficios tiene usted un co-pago de \$_____.</p>	
	<p>CITAS CANCELADAS/FALTA DE PRESENTARSE: Una cita prevista, indica que esa hora a sido reservada solo para usted. Si no va poder atender a una cita se requiere notificacion de 48 horas, si no da notificacion se le puede cobrar a usted el pago por no atender de la cantidad contratada por su aseguranza. Cancelaciones frecuentes pueden resultar en la terminacion de su tratamiento, es su obligacion en matener su cita y participacion activa es vital para el proceso de su tratamiento.</p>	
	<p>APELACIONES Y QUEJAS: Usted tiene el derecho de solicitar reconsideracion en caso que el cuidado recibido al paciente (numero de visitas) no sean autorizadas. Esto se llama una apelacion. Usted puede solicitar/hacer su peticion de apelacion por medio de su proveedor. Usted no corre el riesgo de nada en ejercer este derecho. Usted tiene el derecho de presentar una queja directamente a su proveedor o al GRUPO CLINICO al que ellos pertenecen en cualquier momento que usted tenga queja de cualquier aspecto de su cuidado. Si usted no esta satisfecho con la respuesta que reciba, usted puede someter su queja directamente a su PLAN de SALUD.</p>	
	<p>EMERGENCIAS: Si usted esta en peligro inminente hable al 911, al Departamento de Policia mas cercano o a la sala de emergencia. Las normas/reglas de su proveedor con respeto a crisis emocionales y la disponibilidad de su proveedor deben ser discutidas en su primera cita con su proveedor. College Health IPA ofrece 24 horas, 365 dias del ano un sevicio telefonico para servicio de emergencia. Si usted verdaderamente esta sufriendo una crisis psiquiatrica y no puede comunicarse con su proveedor, usted puede hablar al (800)779-3825 y tener acceso y hablar con un Clinico en turno de CHIPA, siga las intruccion telefonicas cuidadosamente.</p>	
	<p>FILOSOFIA DE TRATAMIENTO: Durante el periodo de la evaluacion inicial, usted y su proveedor juntos van a aclarar la naturaleza de los problemas por el cual usted esta buscando tratamiento, luego definir unas metas de tratamiento razonables, y finalmente desarrollar un plan de tratamiento que le ayudara a usted a obtener su meta. Su proveedor puede revisar con usted que cobertura tiene su plan de salud. Se espera que usted sea sumiso con el tratamiento acordado entre sesiones, que mantenga sus citas y que se abstenga de toda substancias legales o ilegales que puedan alterar su disposicion que no sean especificamente recetadas para su uso actual. Investigaciones han demostrado que breve, terapia enfocada por tiempo limitado especificada a su meta resultan en reduccion rapida de sintomas y mejoramiento del funcionamiento del paciente. El plan de tratamiento puede incluir asistir a grupos de apoyo, literatura en material seleccionada, tareas especificamente completadas por escrito o verbal. Usted participara en el curso de su progreso, y juntos con su proveedor poner al dia su plan de tratamiento o medicamento apropiado.</p>	
	<p>CONFIDENCIALIDAD: Toda la informacion entre el Terapeuta/Doctor y paciente es mantenida estrictamente en confidencia solo que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usted autorize la liberacion de informacion con su firma (0 padre/guardian) 2. Usted presente un peligro para otros. 3. Usted presente un peligro para usted mismo. 4. Se sospeche abuso de un ancino o infantil. <p>En los ultimos dos casos, mencionadas arriba por ley se nos requiere que informemos a victimas potenciales a autoridades legales, para tomar medidas protectivas.</p>	
	<p>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: "Yo ademas autorizo y solicito que mis proveedores de College Health IPA lleven acabo las examinaciones psicologicos, tratamientos y/o procedimiento diagnosticos que mi cuidado como paciente sean aconsejables. Yo entiendo que el proposito que mi cuidado como paciente sean aconsejables. Yo entiendo que el proposito de estos procedimientos se me seran explicados, a mi peticion y estan sujetos a mi aceptacion. Yo tambien entiendo que durante el curso de mi tratamiento aunque sea designado a ser util, aveces puede ser dificil y incomodo."</p>	
	<p>OTORGAMIENTO DE INFORMACION A SU PLAN DE SALUD: "Yo reconosco y estoy de acuerdo con dar conocimiento de informacion para reclamaciones, certificaciones/ administracion de me caso/mejoramiento de calidad, o otros propositos relaciondos a mi cuidado de plan de salud."</p>	
	<p>OTORGAMIENTO DE INFORMACION AL MEDICO PRINCIPAL: "Yo autorizo y estoy de acuerdo con dar conocimiento de informacion a mi medico principal(nombre)_____ para los proposito de mi cuidado de salud." (Otorgamiento de informacion a otros proveedores sin membresia con-College Health IPA, familia, etcetera, requieren una forma detallada por separado)</p>	

Yo entiendo y estoy de acuerdo con todo esto:

Firma de Paciente/Guardian:	Fecha
Firma de Proveedor:	Fecha