



Registro de nuevos pacientes

Información del paciente:**Fecha:**

Nota: Deletree el nombre exactamente como se deletrea en su tarjeta de seguro

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro social: _____

Sexo: _____ Como se identifica: _____ Estado civil: _____

¿Cuál es tu idioma preferido? _____ Intérprete necesario: Si or No

Etnicidad: (Por favor marque uno)

Nativo americano ___ Afroamericano ___ Latino ___ Asiático ___ Pacífico ___ Caucásico ___ Otro: _____ Elige no revelar

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleado: _____ Número de teléfono: _____

Contacto de emergencia: la persona a la que le gustaría que avisáramos en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Padre(s)/tutor(es)/cónyuge:

Nota: Si está divorciado, proporcione a Pearl Health Clinic la documentación legal de custodia para garantizar que se puedan cumplir los derechos de privacidad.

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

¿Existe un arreglo de custodia para su hijo? Si o No En caso afirmativo, describa: _____

Marque la casilla y escriba sus iniciales, si está bien que nos comuniquemos con usted con respecto a lo siguiente a través de

 Mensaje de cita _____ Mensaje Clínico _____ Mensaje financiero _____**For Administrative Use Only:**

Date Received: _____

Copy of new insurance card: _____

Staff Initials: _____



Registro de nuevos pacientes

Información médica

** Tenga en cuenta que los administradores de casos deben acompañar a los clientes con enfermedades mentales graves o del desarrollo.**

Médico de atención primaria del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Visita más reciente: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Historial médico: (Presión alta, diabetes, asma, cáncer, enfermedades del corazón, etc..)

Historia Quirúrgica: marcar si ninguno

Alergias a medicamentos: marcar si ninguno

Medicamentos recetados actuales:marcar si ninguno

Nombre/Dosis/# tabletas por día, veces que se toman por día

Medicamentos de venta libre:

(Aspirina, Tylenol, Vitaminas, etc.)

Historia familiar: (Enfermedades Médicas, Cirugías)

Historia social:

Fumar: Si No Si es así, ¿cuánto: _____ # paquetes por día _____ # de años

Alcohol: Si No Si es así, ¿cuánto: _____

Si recibe servicios de salud mental de otro centro, escríbalo a continuación:

Ubicación: _____ Número de teléfono del administrador de casos: _____

Servicios: (asesoramiento, Medicina Psiquiátrica, Gestión de casos, Servicios de rehabilitación basados en la comunidad etc.)

Razón para ser visto en Pearl: _____

Nombre del proveedor de referencia: _____

Servicios solicitados: ** Por favor marque todos los servicios que le interesan al paciente **

- **Atención ambulatoria intensiva de salud mental para adolescentes** – IOP es un programa intensivo con énfasis en la terapia de grupo. También se incluyen terapia individual y familiar, administración de medicamentos y administración de casos. El programa para adolescentes requiere 6 horas de servicios por semana. El ingreso promedio dura 3 meses.
- **Gestión de casos**– Ayuda a las personas con enfermedades mentales a obtener los servicios básicos necesarios para vivir de la manera más independiente posible en sus comunidades. El objetivo es garantizar que una persona reciba el apoyo que necesita mientras trabaja para aumentar su capacidad de autosuficiencia. (Solo seguro de Medicaid)
- **Servicios de rehabilitación basados en la comunidad (CBRS)** – CBRS ayuda a las personas a obtener y utilizar las habilidades necesarias para funcionar de manera adaptativa en el hogar y en la comunidad y lograr o conservar la capacidad de independencia. (Solo seguro de Medicaid)
- **Asesoramiento** – Un proceso interpersonal, basado en la teoría, relativamente a corto plazo, para ayudar a las personas que son básicamente psicológicamente sanas pero que necesitan ayuda para resolver problemas de desarrollo y situacionales.
- **Terapia EMDR** - La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es una técnica de psicoterapia interactiva que se utiliza para aliviar el estrés psicológico.
- **Apoyo familiar** – Un padre o cuidador que ha cuidado a un niño con trastornos emocionales graves y ha navegado con éxito por el sistema. Este servicio ayuda a involucrar a la familia en sus propias fortalezas y poder hacer que su familia sea lo mejor posible.
- **Tratamiento asistido por medicamentos (MAT)** – El uso de medicamentos, en combinación con asesoramiento y terapias conductuales, para proporcionar un enfoque integral del paciente para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Se utilizan medicamentos como Suboxone y han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Se ha demostrado que el tratamiento asistido por medicamentos ayuda a los pacientes a obtener y mantener con éxito la sobriedad de los opioides.
- **Terapia de Neuroretroalimentación** – Una forma alternativa no invasiva de mejorar tu calidad de vida. La actividad eléctrica de su cerebro es monitoreada a través de un programa de software que le permite a usted, el cliente; ver la actividad de su cerebro en un monitor.
- **Pruebas neuropsicológicas/psicológicas** – Medir y evaluar factores neuropsicológicos, como la memoria, y factores psicológicos, como la personalidad. Las pruebas ayudan en el diagnóstico de condiciones como la discapacidad del desarrollo, la demencia y el trastorno de la personalidad. Ayuda a diferenciar entre diagnósticos, como desorden hiperactivo y déficit de atención y bipolar. Las pruebas ayudan a desarrollar planes de tratamiento.
- **Apoyo de pares** – Una persona, con experiencias relacionadas con la salud mental, que se especializa en ayudar a las personas que luchan con problemas relacionados con la salud mental, el trauma psicológico y/o el abuso de sustancias. (DEBE TENER 18 AÑOS O MÁS Y DEBE TENER MEDICAID)
- **Medicina Psiquiátrica** – La psiquiatría es la especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Estos incluyen diversas anomalías afectivas, conductuales, cognitivas y perceptivas.
- **Servicios de descanso** – Un servicio que brinda un respiro a los padres que tienen un hijo con un trastorno emocional grave. Trabajadores de salud conductual capacitados cuidan al niño durante un breve período de tiempo para aliviar a las familias de la tensión de cuidar al niño.
- **Spravato** – un tratamiento resistente al tratamiento para la depresión y la depresión con ideas suicidas; es un enantiómero de la ketamina, administrado vía aerosol nasal. Los tratamientos tienen una duración de 2 horas, donde se monitorea al paciente para detectar presión arterial elevada, disociación y sedación. Los pacientes que se someten a tratamiento deben asegurar transporte hacia y desde el centro y no pueden conducir el resto del día después de su tratamiento.
- **Capacitación y desarrollo de habilidades (STAD)** – Tratamiento para miembros cuyo funcionamiento está lo suficientemente perturbado como para interferir con su vida diaria. La capacitación y el desarrollo de habilidades se brindan como actividades grupales que se enfocan en mejorar y/o desarrollar habilidades sociales, de comunicación, de comportamiento, de afrontamiento y básicas para la vida.
- **Programa de Abuso de Sustancias** – Este programa para pacientes ambulatorios incluye sesiones semanales de terapia grupal, asesoramiento individualizado semanal, quincenal o mensual según lo determine el plan de tratamiento y citas regulares de administración de medicamentos.
- **Estimulación Magnética Transcraneal** – La estimulación magnética transcraneal es un tratamiento seguro y efectivo para la depresión sin medicamentos. Los pacientes reciben tratamiento 5 días a la semana, generalmente durante 4 a 6 semanas.

¿Hay algún proveedor médico o consejero específico que le gustaría solicitar ver? _____



Registro de nuevos pacientes

¿Qué esperar en su primera cita?

1. Los niños menores de 17 años deben estar acompañados por un padre y/o tutor legal. ****SIN EXCEPCIONES****
2. Llegue 15 minutos antes para las citas de nuevos pacientes.

Los pacientes nuevos serán programados para una evaluación de diagnóstico integral que dura aproximadamente una hora y media, con un consejero de salud mental autorizado. Esta cita es un conjunto de procedimientos de evaluación administrados para obtener información sobre el desarrollo, aprendizaje, memoria, rendimiento académico, comportamiento y salud mental de la persona. Esta evaluación es vital para permitirle a su(s) proveedor(es) la capacidad de establecer un plan de tratamiento preciso.

Descargo de responsabilidad de los servicios legales:

_____ (inicial) El personal de Pearl Health Clinic no completa los exámenes de aptitud o custodia de los padres. Las evaluaciones para fines legales generalmente no están cubiertas por la mayoría de las compañías de seguros y están asociadas con un programa de tarifas separado del programa de tarifas de salud mental. Todas las solicitudes de servicios en contextos legales serán revisadas y pueden ser rechazadas a discreción del Director Clínico de Pearl Health Clinic o de los médicos individuales. El personal de Pearl Health Clinic cobra por cualquier testimonio proporcionado en un contexto legal, incluso cuando los servicios originales se prestaron como parte de un tratamiento de salud mental.

Cancelación de cita/ Póliza y tarifa de no presentación

_____ (inicial) **** A partir del 1/1/2023, cualquier cliente que cancele una cita dentro de las 3 horas de la cita programada o que no llegue dentro de los 15 minutos de la hora de la cita se considera que "no se presentó".** Si no cancela o reprograma su cita con al menos 3 horas de anticipación, podemos aplicar un cargo de servicio de \$25.00 por "No presentarse" a su cuenta. Este "cargo por no presentarse" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente por ello. Después de tres (3) ausencias consecutivas, Pearl Health Clinic puede decidir finalizar su relación con usted y deberá transferir a otro proveedor.

¿Cómo se enteró de la Clínica Pearl Health? (Por favor, seleccione uno)

- Doctor de atención primaria Pariente Amigo Evento comunitario Sitio web Medios de comunicación social
 Periódico Otro: _____

Consentimiento para que un estudiante asista a la cita (Por favor, seleccione uno)

_____ (Iniciales) Sí, doy mi consentimiento para que un estudiante participe en mi cita.

_____ (Iniciales) No, doy mi consentimiento para que el estudiante participe en mi cita.

Ubicación preferida: (Por favor, seleccione uno)

- Ammon Ubicación Idaho Falls Ubicación Pocatello Ubicación Rexburg Ubicación

Nombre imprimir del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ Relación: _____

Firma del paciente o padre/tutor del paciente: _____ Fecha: _____



Registro de nuevos pacientes

Información del seguro y autorización para facturar al seguro

Información del seguro

Nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: _____

Seguro: _____

Número de póliza de seguro: _____ Número de grupo de seguros: _____

Titular de la póliza: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____ Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Seguro secundario: _____

Número de póliza de seguro: _____ Número de grupo de seguros: _____

Titular de la póliza: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____ Empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

**** Si le preocupa el costo de los servicios en Pearl Health Clinic, comuníquese directamente con nuestra oficina de facturación para analizar las opciones de pago. Para solicitar "Sliding Fee", un descuento que se aplica a su costo de servicios según el tamaño de su familia y los ingresos en comparación con las pautas federales de pobreza, visite nuestro sitio web en <https://pearlhealth.org/clients/financial-assistance/> y complete la Solicitud de "Sliding Fee" o hable con nuestra Oficina de facturación para obtener asistencia.****

Autorización para facturar al seguro por los servicios

Pearl Health Clinic es un proveedor contratado por la mayoría de las compañías de seguros y facturaremos a su seguro en consecuencia. Haremos todo lo posible para ayudarlo a recibir los máximos beneficios permitidos de su compañía de seguros; sin embargo, usted es el responsable final de su cuenta. Esto incluye cualquier saldo impago, después de los ajustes contractuales (si corresponde). Proporcionar a Pearl Health Clinic información de seguro actual y precisa nos permitirá obtener la respuesta más rápida de su seguro. Es posible que su seguro no cubra los servicios con las mismas tarifas que otros proveedores participantes. Algunos planes de seguro requieren que el paciente se comunique con ellos para obtener una autorización previa. Si no se comunica con ellos, como se requiere, puede resultar en que usted sea responsable del monto total de sus cargos.

Para pacientes menores de edad o aquellos con tutores legales: el padre/tutor y/o garante es responsable del pago (y todos los saldos adeudados), en el momento del tratamiento. Los menores no acompañados DEBEN tener una autorización previa del padre/madre/tutor. Tenga en cuenta que las declaraciones solo se enviarán a la parte responsable, como se indica en la admisión del paciente. Si tiene un saldo acreedor, se le emitirá un cheque de reembolso de inmediato. **Para obtener información específica del plan, comuníquese directamente con su compañía de seguros.*

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

_____(inicial) **Sin Medicare:** Por la presente asigno mis beneficios de seguro, para ser pagados directamente a Pearl Health Clinic. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier servicio no cubierto (incluidos aquellos con MEDICAID). También autorizo a la clínica Pearl Health a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

_____(inicial) **Planes de Medicare/Medicare Advantage** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Pearl Health Clinic. Este pago debe incluir los pagos por los servicios que me brindó Pearl Health Clinic y sus proveedores afiliados. Autorizo la divulgación de mi información médica personal a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes. La divulgación de dicha información se utilizará para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Esta autorización es efectiva hasta que decida revocarla por escrito. Los pacientes de Medicare están dar deben firmar un aviso ABN anual.

Nombre imprimir del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ Relación: _____

Firma del paciente o padre/tutor del paciente: _____ Fecha: _____



Registro de nuevos pacientes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA TRATAR Y UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, acepta nuestro "Aviso de prácticas de privacidad". El paciente o padre/tutor da su consentimiento y autoriza a Pearl Health Clinic a brindar tratamiento. Si no firma este formulario, se cancelarán todos los servicios proporcionados en Pearl Health Clinic. Este formulario constituye un acuerdo entre,

_____ y la Clínica de Salud Pearl. En adelante, se hará referencia al paciente como "usted" o "su".
(Nombre de Paciente)

Motivo del consentimiento

Pearl Health Clinic se compromete a brindar atención de la más alta calidad. Por esta razón, coordinamos la atención con sus Médicos de Atención Primaria, proveedor de seguros, entidades gubernamentales, bases de datos de farmacias y otros pertinentes a su tratamiento. Cuando lo examinemos, diagnostiquemos, tratemos o lo remitamos a otro proveedor, recopilaremos/compartiremos información médica protectora sobre usted. Esta información se usa para decidir qué tratamiento(s) es mejor para usted y para brindarle tratamiento(s). Comprenda que muchas opciones de tratamiento proporcionadas en Pearl Health Clinic también requieren que autoricemos previamente ese servicio o tratamiento antes de comenzar el tratamiento especificado. No tener información actualizada y precisa puede retrasar esos servicios o resultar en que esos servicios sean negados. Póliza y acuerdos destacados en este consentimiento informado, médico de atención primaria, requisitos de informes obligatorios, derechos del cliente e historial de recetas. Consulte el "Aviso de prácticas de privacidad" para obtener más detalles o aclaraciones. Si no tiene una copia, puede obtener una con nuestro personal de recepción o en línea en www.pearlhealth.org. Estas políticas son susceptibles de cambios y, a medida que estos cambios ocurren, también puede hacerlo nuestro "Aviso de prácticas de privacidad". Los cambios se actualizarán según sea necesario.

Médico de atención primaria

Usted acepta el intercambio de su información de salud protegida entre Pearl Health Clinic y su médico de atención primaria.

_____ (Nombre de Médico de atención primaria) (Número de teléfono del médico de atención primaria)

Informes obligatorios

Los proveedores de tratamiento y el personal son informantes obligatorios. Estamos obligados por ley a informar una "sospecha razonable" de amenazas de daño contra usted u otros a las autoridades correspondientes y personas de interés.

Derechos del diente

Tiene derecho a solicitar que Pearl Health Clinic y su personal no divulguen información sobre el tratamiento, el pago y/o los fines administrativos. Las solicitudes deben hacerse por escrito con fechas y firmas. Pearl Health Clinic hará todo lo posible para respetar sus solicitudes, sin embargo, PHC se reserva el derecho de determinar la idoneidad de las solicitudes, ya que Pearl Health Clinic está obligado a cumplir con las leyes HIPAA, así como con otras regulaciones estatales y federales. El procesamiento de reclamos y los requisitos de informes obligatorios son ejemplos de solicitudes que serán rechazadas. Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Esta deberá presentarse por escrito y será tramitada a través del Personal de Recepción. La divulgación de su información cesará a partir de la fecha de la carta de revocación del consentimiento. Cualquier información divulgada en o antes de revocar el consentimiento no se puede cambiar. Tenga en cuenta que la revocación de esta solicitud puede limitar la eficacia del tratamiento y/o interrumpir el tratamiento.

Historial de recetas

Al firmar este formulario, acepta el acceso/visión de su historial de recetas externas obtenido de las bases de datos de farmacias locales y nacionales. El uso de esta información se utiliza internamente para su atención médica y no se divulgará sin su consentimiento, a menos que se considere médicamente necesario.

El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a pedido – Inicial Uno.

_____ Solicito una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad"
_____ No solicito una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" actualmente.

Entiendo que si soy el padre o tutor con la custodia, la información del registro médico se divulgará solo cuando lo solicite. Puede firmar y completar una "Divulgación de información" (ROI) por escrito, que se mantendrá en los archivos de Pearl Health Clinic. Este comunicado deberá indicar a quién se divulgará esta información. Tenga en cuenta que los padres o tutores sin custodia con la documentación legal adecuada tendrán acceso a estos registros, independientemente de si hay una autorización en el archivo Autorizo a Pearl Health Clinic a poder hablar con las siguientes personas con respecto a mi información médica:

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Nombre imprimir del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ Relación: _____

Firma del paciente o padre/tutor del paciente: _____ Fecha: _____



Registro de nuevos pacientes

A partir del 1 de julio de 2024, los proveedores de atención médica en Idaho deberán obtener el consentimiento de los padres para tratar a menores no emancipados o enfrentarán responsabilidad civil, excepto en casos de emergencia. Además, los padres tendrán el derecho de acceder a los registros médicos de sus hijos menores, sujeto a excepciones muy limitadas.

Paciente Menor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

1. **Autoridad.** Soy el padre, tutor u otra persona legalmente autorizada por la ley de Idaho para dar consentimiento para servicios de salud para el Paciente Menor de acuerdo con el Código de Idaho § 32-1015.

2. **Consentimiento para el Tratamiento.** Yo voluntariamente consiento y autorizo a Pearl Health Clinic y sus médicos, practicantes y personal empleados o afiliados (colectivamente "Proveedores") a brindar los siguientes servicios de atención médica al Paciente Menor:

Consentimiento General: Evaluación médica, diagnóstico y tratamiento; servicios de diagnóstico, incluyendo pruebas de laboratorio o procedimientos radiológicos; prescripción y administración de medicamentos; asesoramiento; y cualquier otro servicio de salud según lo definido en I.C. § 32-1015 considerado razonablemente necesario y apropiado por el Proveedor tratante. Este consentimiento constituirá un "consentimiento general" según el significado de I.C. § 32-1015(4)(a) y no se requiere más consentimiento para autorizar dichos servicios de salud.

o

Consentimiento para Cuidado Específico [Describe]:

3. **Información.** El Proveedor ha explicado la naturaleza de los servicios de salud propuestos, alternativas, y sus riesgos y beneficios relacionados, o he renunciado a mi derecho de recibir dicha información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción o he declinado hacer dichas preguntas. Si necesito información adicional sobre los servicios de salud, contactaré a Pearl Health Clinic o al Proveedor para discutir dichos servicios. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se me han hecho ni se pueden hacer promesas o garantías sobre el resultado de los servicios de salud.

4. **Responsabilidad Financiera.** Estoy de acuerdo en que soy el responsable último del pago por los servicios de salud prestados al Paciente Menor y acepto cumplir con las Políticas Financieras de Pearl Health Clinic. Pagaré puntualmente cualquier copago, deducible u otros montos no cubiertos por el seguro aplicable o el programa de pagador tercero. Cooperaré con Pearl Health Clinic para obtener el reembolso de los servicios de salud de cualquier pagador tercero, y por la presente asigno a Pearl Health Clinic el derecho de presentar reclamaciones de pago a los pagadores terceros y retener dichos pagos. En la medida permitida por la ley, seguiré siendo responsable de cualquier monto no pagado por cualquier pagador tercero por servicios de salud, incluyendo pero no limitado a costos relacionados con enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles según el significado de I.C. § 39-3801. Si la cuenta del Paciente Menor se vuelve morosa, aceptaré pagar intereses y tarifas de acuerdo con las Políticas Financieras de Pearl Health Clinic, incluyendo pero no limitado a costos razonables de cobranza, tarifas de agencias de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales.

He leído, entiendo y acepto lo anterior, y entiendo y reconozco que Pearl Health Clinic y/o sus Proveedores prestarán servicios de atención médica en base a este consentimiento.

Nombre: _____ Relación con el Paciente Menor: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Registro de nuevos pacientes

Formulario de divulgación de registros médicos de Idaho

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre previo: _____ Teléfono: _____

¿Cuándo se necesitan los registros? _____

Solicito y autorizo que mi información sea divulgada a: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Solicito información de: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Comunicado verbal (especifique lo que se puede divulgar):

Información de salud que se divulgará (marque todo lo que corresponda):

- Nota del último proveedor médico
- Registros de facturación
- Notas incluyendo psicoterapia
- vacunas
- Informes de laboratorio
- Información de cita solamente
- Informes de rayos X/diagnósticos
- Pruebas psiquiátricas
- Lista de medicamentos
- Otro: _____

Toda la información de atención médica que no incluya información confidencial, consulte a continuación (incluye 2 años, a me nos que se especifique)

Entiendo que mi registro médico puede incluir información sobre el diagnóstico/tratamiento relacionado con condiciones psiquiátricas, psicológicas o mentales, uso o abuso de drogas y/o alcohol, enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o estado de VIH. y pruebas genéticas. Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información: (marque todos los que correspondan):

- VIH (virus del SIDA)
- Enfermedad de transmisión sexual
- Consumo de drogas y/o alcohol
- Trastorno psiquiátrico/salud mental (incluyendo Evaluaciones de diagnóstico integrales, Consejería, Terapia, etc.)

Razón de la autorización: A petición del individual; Otro: _____

Vencimiento: Fecha: _____ O Solicitud única: _____

Si no se especifica la fecha, esta solicitud expirar en 90 días a partir de la fecha de la firma.

Si la liberación es para el EMPLEADOR o la INSTITUCIÓN FINANCIERA del paciente por razones distintas al pago, esta autorización permanecerá válida solo por 90 días. El paciente puede revocar esta autorización en cualquier momento antes de su vencimiento mediante notificación por escrito.

La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal. Las leyes estatales y federales requieren específicamente que cualquier registro médico del paciente y/o información personal de atención médica que contenga diagnóstico y tratamiento de drogas y alcohol, salud mental y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, sean privilegiados y confidenciales y solo se pueden divulgar con autorización expresa, excepto lo requerido por la ley. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes por abuso de drogas, 42 CFR Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR pts 160 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. El liberador o liberado no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a la autorización de esta liberación.

**Firma/Parte Legalmente Responsable: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud y notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Este Aviso resume nuestros deberes y sus derechos con respecto a su información. Nuestros deberes y sus derechos se exponen más detalladamente en 45 C.F.R. parte 164. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestro Aviso que está actualmente en efecto.

1. **Usos y divulgaciones que podemos hacer sin autorización por escrito.** Podemos usar o divulgar su información médica protegida para ciertos propósitos sin su autorización por escrito, incluidos los siguientes:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar información con el fin de tratarlo, por ejemplo, nuestro personal puede usar su información o divulgarla a otro proveedor de atención médica para diagnosticarlo o tratarlo. Además, podemos usar o divulgar su información para proporcionar recordatorios de citas o para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrecemos y que pueden ser de su interés..

Pago. Podemos usar o divulgar información para obtener el pago de los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguros de salud u otro pagador para obtener una autorización previa o el pago del tratamiento.

Operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar información para ciertas actividades que son necesarias para operar nuestra práctica y garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información para revisar el desempeño de nuestro personal o tomar decisiones que afecten la práctica.

Otros usos o divulgaciones. También podemos usar o divulgar información para ciertos otros fines permitidos por 45 C.F.R. § 164.512 u otras leyes y reglamentos aplicables, incluyendo los siguientes propósitos:

- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de los demás
- Según lo requiera la ley estatal o federal, por ejemplo, para denunciar abuso o negligencia u otros sucesos determinados.
- Según lo permitido por las leyes de compensación de trabajadores para su uso en procedimientos de compensación de trabajadores.
- Para ciertas actividades de salud pública, por ejemplo, para informar ciertos eventos o enfermedades.
- Para ciertas actividades de supervisión de la salud pública, por ejemplo, para permitir que las agencias de salud pública realicen investigaciones o inspecciones.
- En respuesta a una orden judicial, mandato o citación en procedimientos judiciales o administrativos.
- Sujeto a limitaciones específicas, en respuesta a ciertas solicitudes de las fuerzas del orden público, por ejemplo, para ayudar a identificar o localizar a un fugitivo, testigo o víctima, o para denunciar un delito.
- Para propósitos de investigación si se cumplen ciertas condiciones..

2. **Divulgación a personas involucradas en su atención médica.** A menos que nos indique lo contrario con anticipación, podemos divulgar información a un miembro de su familia, pariente, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. Limitaremos la divulgación a la información relevante a la participación de esa persona en su atención médica o pago. Si se opone a tales divulgaciones, notifique al Oficial de privacidad identificado a continuación.



Aviso de Prácticas de Privacidad

3. **Usos y divulgaciones con su autorización por escrito.** Haremos otros usos y divulgaciones de su información solo con su autorización por escrito. Puede revocar su autorización enviando un aviso por escrito al contacto de privacidad identificado a continuación. La revocación no será efectiva en la medida en que ya hayamos tomado medidas en función de la autorización..

4. **Sus derechos con respecto a su información de salud protegida.** Tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida. Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad identificado a continuación.

- Puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada.
- Normalmente nos ponemos en contacto con usted por teléfono o correo postal en su domicilio. Responderemos a solicitudes razonables para comunicarnos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas..
- Puede inspeccionar y obtener una copia de los registros que se utilizan para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por proporcionarle los registros. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas, por ejemplo, si determinamos que la divulgación puede resultar en daño para usted o para otros..
- Puede solicitar que se modifique su información médica protegida. Podemos denegar su solicitud por ciertos motivos, por ejemplo, si no creamos el registro o si determinamos que el registro es exacto y completo..

Puede recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud protegida. Puede recibir la primera contabilidad dentro de un período de 12 meses de forma gratuita. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo para todas las solicitudes posteriores durante ese período de 12 meses.

- Puede obtener una copia de este Aviso si la solicita. Tiene este derecho incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente..

5. **Cambios a este aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y de hacer efectivo el nuevo Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambiamos materialmente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del Aviso actual en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Puede obtener una copia del Aviso operativo de nuestra recepcionista o del Oficial de privacidad identificado a continuación.

6. **Quejas.** Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad identificado a continuación. Todas las quejas deben ser por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

7. **Información del contacto.** Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea oponerse o quejarse de cualquier uso o divulgación o ejercer cualquier derecho como se explicó anteriormente, comuníquese con nuestro Contacto de Privacidad:

Oficial de Privacidad

Teléfono: (208) 346-7500

Dirección: 2705 East 17th St, Ammon, ID 83406

Correo electrónico: info@pearlhealth.org

Fecha efectiva. Este Aviso es efectivo June 1, 2025