



*Dr. Luis Hines and Associates, P.A.*

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145

Telefono: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO**

Persona responsable de la cuenta _____
(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial 2do nombre) _____
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____ NSS _____
Dirección (si es distinta a la del paciente) _____ Teléfono ( ) _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Persona responsable empleada por _____ Ocupación _____
Dirección de la empresa _____ Teléfono de empresa ( ) _____
Empresa de seguros _____
No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de socio _____
Nombres de otros dependientes cubiertos por este plan _____

**SEGURO SECUNDARIO**

¿El paciente cuenta con un seguro adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____
Dirección (si es distinta a la del paciente) _____ Teléfono ( ) _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Persona responsable empleada por _____ Ocupación _____
Dirección de la empresa _____ Teléfono de empresa ( ) _____
Empresa de seguros _____
No. de contrato _____ No. de grupo _____ No. de socio _____
Nombres de otros dependientes cubiertos por este plan _____

Certifico que yo, y/o mi(s) dependiente(s), tengo (tenemos) cobertura de seguro y asigno directamente al psicólogo/psiquiatra/LMHC/ARNP, todas las prestaciones del seguro, si las hay, que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones del Seguro.

El médico mencionado anteriormente puede utilizar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a la(s) empresa(s) de seguros arriba mencionada(s) y a sus agentes para obtener el pago de los servicios y determinar las prestaciones del seguro o las prestaciones pagaderas por los servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha firmada a continuación.

_____	_____
<b>Firma del paciente, padre, tutor o representante personal</b>	<b>Fecha</b>
_____	_____
<b>Nombre del paciente, padre, tutor o representante personal</b>	<b>Relación con el paciente</b>



*Dr. Luis Hines and Associates, PA*

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145

Telefono: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

## **Autorización para la divulgación Información médica protegida al médico de cabecera**

La comunicación entre los proveedores de salud conductual y su médico de cabecera (MDC) es importante para garantizar que usted reciba una atención médica integral y de calidad. Este formulario le permitirá a su proveedor de salud conductual compartir información médica protegida (IMP) con su médico de cabecera (MDC). Esta información no se divulgará sin su autorización firmada. Esta IMP puede incluir el diagnóstico, el plan de tratamiento, el progreso y la medicación si es necesario.

Nombre del socio *Número de identificación del socio - opcional*      **Número de identificación**      **Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)**

Autorizo: \_\_\_\_\_ para divulgar información médica protegida relacionada con mi evaluación y tratamiento a:

Nombre del MDC: \_\_\_\_\_ Teléfono del MDC: \_\_\_\_\_

Dirección del MDC: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

### **Derecho del paciente**

Usted puede poner fin a esta autorización (permiso para utilizar o divulgar información) en cualquier momento:

Si solicita la terminación de esta autorización, ésta no incluirá la información que ya haya sido utilizada o divulgada con base en su permiso anterior. Para obtener más información sobre este y otros derechos, consulte el aviso de prácticas de privacidad correspondiente.

- ❖ No está obligado a firmar este formulario como condición para recibir tratamientos, pagos, inscripciones o prestaciones.
- ❖ La información que se divulgue como resultado de este formulario de autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley.
- ❖ Tiene derecho a una copia de esta autorización firmada. Conserve una copia para sus registros.
- ❖ No es necesario que acepte esta solicitud para utilizar o divulgar su información.

### **Autorización del paciente**

Yo, el infrascrito, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas con base en él y que, en cualquier caso, este consentimiento expirará en la fecha especificada abajo o dentro de un (1) año o menos a partir de la fecha de la firma. He leído y entiendo la información anterior y doy mi autorización:

### **Por favor, marque uno**

\_\_\_\_\_ Para divulgar cualquier información aplicable sobre salud mental/abuso de sustancias a mi médico de cabecera.

\_\_\_\_\_ Para divulgar a mi médico de cabecera sólo la información sobre mi medicación.

\_\_\_\_\_ Para divulgar la fecha de mi primera visita tras mi hospitalización de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ a mi médico de cabecera.

\_\_\_\_\_ **NO** doy mi autorización para divulgar información a mi médico de cabecera.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente      Fecha (Expiración)      (Firma del representante autorizado del paciente)      (Fecha)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje está protegido por la normativa federal que regula la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Salud Mental, 42 C.F.R. Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160 y 164, y no pueden divulgarse sin el consentimiento por escrito, a menos que la normativa disponga lo contrario. Las normas federales prohíben cualquier otra divulgación de esta información a menos que se obtenga un consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece. Las normas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de salud mental. Si usted no es el destinatario, póngase en contacto con el remitente por correo electrónico o los números de teléfono proporcionados y destruya todas las copias del mensaje original.



*Dr. Luis Hines and Associates, PA*

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145

Telefono: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

## **Formulario de consentimiento para el tratamiento**

**(Por favor, lea cuidadosamente y ponga sus iniciales o firme donde sea necesario)**

Este formulario de consentimiento informado está diseñado para explicar las políticas y procedimientos para una evaluación o servicios psicológicos en Luis Hines and Associates, PA. Hay un formulario de consentimiento por separado para el tratamiento/asesoramiento. Por favor, revise cuidadosamente este documento, ya que contiene información que es muy importante que usted sepa.

### **Servicios ofrecidos:**

#### **Farmacoterapia**

Los medicamentos psiquiátricos pueden utilizarse junto con la psicoterapia para tratar muchos trastornos. Es importante encontrar la mejor combinación de medicamentos y terapia para cada caso individual. Su proveedor puede ofrecerle un enfoque integrado, ya que está capacitado para administrar tanto medicamentos psiquiátricos como psicoterapia. Además, dado que todos los medicamentos pueden tener efectos secundarios, su proveedor siempre discutirá con usted el riesgo, los beneficios, los efectos secundarios, las advertencias del gobierno y los tratamientos alternativos (que siempre incluyen no usar medicamentos).

#### **Psicoterapia**

Esta forma de tratamiento, a menudo llamada terapia de diálogo, puede ser útil tanto para los individuos como para las familias. Los beneficios pueden incluir una reducción significativa del estrés, la mejora de las relaciones, la resolución de problemas específicos y la mejora de la visión de uno mismo.

Sin embargo, no está garantizado que la terapia funcione para todo el mundo y puede suponer un gran compromiso financiero, además de requerir una cantidad significativa de tiempo y energía. Asimismo, la psicoterapia también puede requerir la exploración de aspectos desagradables de su vida y puede, a veces, provocar sentimientos de angustia (por ejemplo, culpa, ansiedad, frustración, etc.). Estos aspectos desagradables suelen ser temporales, pero es muy importante discutirlos cuando están presentes. Recuerde siempre que en la terapia se puede hablar de todo. Por lo tanto, es importante hacer saber a nuestros proveedores si usted siente que sus objetivos no se están cumpliendo. Estos temas pueden ser abordados en la sesión.

\_\_\_\_\_ Iniciales



*Dr. Luis Hines and Associates, P.A.*

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145

Telefono: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

## **Servicios de pruebas psicológicas**

El proceso de evaluación se desarrolla en cuatro etapas principales:

- 1) Entrevista diagnóstica para obtener un historial, revisar las preocupaciones, discutir el motivo de la evaluación, determinar qué pruebas hay que hacer y revisar el consentimiento informado y los procedimientos de evaluación.
- 2) Las pruebas pueden realizarse en una o dos sesiones, en función de las necesidades del paciente determinadas durante la entrevista de diagnóstico.
- 3) La puntuación, la interpretación y la redacción del informe están a cargo del psicólogo.
- 4) Llamada telefónica o cita para ofrecer una interpretación sobre los resultados de las pruebas, impresiones diagnósticas y recomendaciones de tratamiento unas 4-6 semanas después de la finalización del proceso de pruebas.

Además de las etapas de evaluación descritas anteriormente, a veces se necesitan otros servicios. A menudo es útil que el evaluador hable con otros profesionales que hayan trabajado o estén trabajando con el paciente. Esto incluye a terapeutas, médicos, consejeros, profesores, logopedas o terapeutas ocupacionales. Se le pedirá que firme consentimientos adicionales por escrito si esto es necesario.

Se generará un informe completo por escrito y se le proporcionarán copias como parte de los costos de la evaluación. Los resultados de la evaluación pueden no responder a todas las preguntas sobre la situación del paciente. Por lo tanto, es posible que se hagan otras remisiones a otros proveedores de servicios.

### **Política de tratamiento**

#### **Sólo para servicios de pruebas psicológicas**

Luis Hines and Associates, P.A. se adhiere a un conjunto de directrices según lo dispuesto por las aseguradoras, que incluye ocho (8) visitas de psicoterapia ya sea con un clínico de Luis Hines and Associates o un clínico/centro externo. Si el tratamiento se obtiene por una fuente externa, se debe presentar una referencia y todos los registros médicos pertinentes y la documentación de apoyo para continuar el tratamiento. El pago por cuenta propia no se aplica.

### **Beneficios y riesgos de la evaluación**

Los principales beneficios de una evaluación son la aclaración del diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento apropiadas para manejar los retos y maximizar los puntos fuertes, un informe escrito para facilitar los servicios en la comunidad o en la escuela y la comprensión de la naturaleza de los puntos fuertes y débiles del paciente. Aunque la mayoría de las personas tienen una experiencia positiva durante el proceso de evaluación, existen algunos riesgos. La persona evaluada puede experimentar malestar (frustración, ansiedad, vergüenza, etc.). Además, es posible que la evaluación no responda a todas sus preguntas y que sea necesario realizar más evaluaciones. Aunque la evaluación y las recomendaciones de tratamiento se basan en las mejores prácticas, es posible que usted u otras personas no estén de acuerdo con las conclusiones basadas en el criterio del profesional. Es su decisión seguir o no las recomendaciones.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Rev 11/24



## *Dr. Luis Hines and Associates, PA*

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145  
Telephone: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

### **Registros profesionales**

Los registros de salud mental son una práctica habitual en psiquiatría y están protegidos tanto por la ley como por las normas profesionales. Aunque usted tiene derecho a revisar una copia, estos registros pueden ser malinterpretados dada su naturaleza profesional. En los casos extraordinarios en los que se considere potencialmente perjudicial para nuestros proveedores proporcionarle los registros completos, éstos estarán a disposición de un profesional de la salud mental apropiado de su elección. Alternativamente, podemos revisarlos juntos y/o se pueden proporcionar resúmenes del tratamiento. Tenga en cuenta que se cobrarán honorarios profesionales por el tiempo de preparación necesario para cumplir con dichas solicitudes.

### **Alta de pacientes por incumplimiento**

Junto con nuestra política de cancelaciones y cargos por no presentarse, si un cliente no se ha presentado a sus últimas cinco (5) citas programadas en los últimos seis (6) meses caerá en incumplimiento. Una vez que se considere que el cliente está en incumplimiento, se le entregará una carta de alta formal en la que se le informará que ha sido dado de baja como paciente de nuestra clínica. **Cinco (5) cancelaciones/no presentaciones = Alta por incumplimiento.**

### **Confidencialidad**

La confidencialidad es un pilar del tratamiento de salud mental y está protegida por la ley. A excepción de las situaciones de emergencia, sólo se puede divulgar información sobre su atención con su permiso por escrito. Si se busca el reembolso del seguro, las compañías de seguros también suelen exigir información sobre el diagnóstico, el tratamiento y otra información importante (como se ha descrito anteriormente) como condición para la cobertura de su seguro. Existen varias excepciones a la confidencialidad que requieren su divulgación por ley: **(1) Peligro para uno mismo** – si existe una amenaza de daño a su persona, estoy obligado a buscar la hospitalización del cliente o a contactar con familiares u otras personas que puedan ayudar a proporcionarle protección; **(2) Peligro para otros** – si existe una amenaza de daño físico grave para otros, estoy obligado a tomar medidas de protección, que pueden incluir la notificación a la víctima potencial, la notificación a la policía o la búsqueda de una hospitalización adecuada; **(3) Discapacidad grave** – si, debido a una enfermedad mental, no puede satisfacer sus necesidades básicas, como ropa, comida y alojamiento, es posible que tenga que divulgar información para acceder a servicios que cubran sus necesidades básicas; **(4) Sospecha de abuso de menores, ancianos o dependientes** – si hay indicios de abuso a menores, ancianos o personas discapacitadas, incluso si se trata de una parte que no sea usted, debo presentar una denuncia ante el organismo estatal correspondiente; **(5) Algunos procedimientos judiciales** – si usted está involucrado en un procedimiento judicial, tiene derecho a prohibirme que proporcione cualquier información sobre su tratamiento. Sin embargo, en algunas circunstancias en las que su estado emocional sea un elemento importante, un juez puede exigir mi testimonio mediante una citación. Aunque estas situaciones pueden ser raras, nuestros proveedores harán todo lo posible para discutir los procedimientos en consecuencia. Nuestros proveedores también se reservan el derecho de consultar con otros profesionales cuando sea apropiado. En estas circunstancias, no se revelará su identidad y sólo se discutirá la información clínica importante. Tenga en cuenta que dichos consultores también están legalmente obligados a mantener la confidencialidad de esta información.

### **Contactar con nuestros proveedores**

Nuestros proveedores intentan ser accesibles para todas las cuestiones urgentes. Si no están disponibles inmediatamente en el teléfono de la oficina, deje un mensaje de voz y le devolveremos la llamada lo antes posible. Por lo general, las llamadas se devuelven en el plazo de un día laboral.

\_\_\_\_ Iniciales



## Dr. Luis Hines and Associates, PA

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145  
Telephone: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

**Por favor, sea considerado cuando llame a los proveedores (psiquiatra/ARNP) después de las horas normales de trabajo.** Si su llamada es una emergencia, por favor, póngase en contacto con el 911 inmediatamente en lugar de llamar a la oficina. Los servicios psiquiátricos de emergencia son proporcionados por todos los hospitales a través de sus salas de emergencia y no requieren citas. Cuando nuestros proveedores no están disponibles durante períodos prolongados (es decir, vacaciones, conferencias, celebración de fiestas nacionales, etc.), un colega de confianza proporciona cobertura telefónica y la información de contacto se proporcionará en nuestro correo de voz de la oficina. Además, tenga en cuenta que el correo electrónico nunca debe utilizarse para cuestiones urgentes o de emergencia. No es un medio de comunicación confidencial y nuestros proveedores no pueden garantizar que los mensajes de correo electrónico se reciban o respondan a tiempo.

### Consentimiento para el tratamiento

Su firma a continuación indica que ha leído el formulario de consentimiento para el tratamiento y que está de acuerdo en respetar sus términos durante nuestra relación profesional. Entiendo que una serie de profesionales de la salud mental, algunos de los cuales están en formación, proporcionan servicios de psicoterapia. Todos los profesionales en formación son supervisados por un profesional de la salud mental autorizado.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_  
(Sólo si el paciente es menor de 18 años o un adulto dependiente) (Letra de molde)

Firma del paciente o del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD “ Nos importa su privacidad “

El aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre usted.

- ❖ Reconozco que he leído el formulario de consentimiento informado para la evaluación y el tratamiento.
- ❖ He recibido y leído el formulario de aviso de prácticas de privacidad.
- ❖ He recibido y leído el aviso de derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Intérprete (si es el caso): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Iniciales



**Dr. Luis Hines and Associates, PA**

2828 SW 22<sup>nd</sup> Street, Suite 460, Coral Gables, Florida 33145  
Telephone: (305) 642-5255 Fax: (305) 642-8850

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE SALDO DE NO PRESENTACIÓN  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO**

**Copago/Saldo pendiente:** Al firmar este formulario, usted nos da permiso para cargar a su cuenta la cantidad para cubrir el saldo pendiente o los copagos. Este permiso es para transacciones múltiples y proporciona autorización para cualquier débito o crédito adicional no relacionado a su cuenta.

**Cargo de no presentación o cancelación:** Debido a la alta demanda de pacientes y a la disponibilidad limitada de citas, tenemos un cargo por no presentarse que requiere la cancelación con al menos **24 horas de anticipación**. No reservamos citas dobles; su cita está reservada exclusivamente para usted. Cuando un paciente pierde una cita programada sin aviso previo de 24 horas, Luis Hines and Associates, PA cobra un cargo.

Cualquier cita a la que el paciente no se presente o que se cancele a última hora estará sujeta a un cargo de **\$60.00 a \$80.00** por no presentarse o por cancelación. Este cargo será facturado directamente a usted, no a su compañía de seguros.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido esta política. Autorizo a Luis Hines & Associates para hacer el cargo de la cantidad indicada anteriormente a la tarjeta de crédito proporcionada. Acepto pagar este cargo conforme a este acuerdo.

**Marque uno:**

**Cantidad a cobrar: Terapeuta \$60.00 (USD) Psiquiatra \$80.00 (USD)**

Tipo de tarjeta de crédito:  Visa  MasterCard  Discover  AmEx

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código CVV: \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_  
En letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre del titular de la tarjeta:**

\_\_\_\_\_  
En letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del titular

\_\_\_\_\_  
Fecha

# *Normas de la oficina*



- No se permite el uso de teléfonos celulares ni hablar en voz alta en la sala de espera. Se le pedirá que cambie la cita.
- Traiga su identificación y su seguro actual a cada visita. Notifique a nuestra oficina cualquier cambio en la cobertura de su seguro, dirección, teléfono, etc. Si su seguro no puede ser verificado, usted debe pagar en el momento de su visita. No se le atenderá si no presenta su tarjeta de seguro actual.
- Los copagos se cobran antes de su servicio. Se añadirán cargos por servicio si le facturamos un copago.
- Cualquier niño menor de 18 años debe estar acompañado por su tutor legal al momento del servicio.
- Se le cobrará un cargo en caso de que falte o cancele una cita sin avisar con 24 horas de anticipación.
- Si no se acude a las citas programadas o no se cumple con el plan de tratamiento acordado, el paciente será dado de baja después de 3 citas perdidas.
- Si llega más de 15 minutos después de la hora de su cita, su sesión será reducida y todos los pacientes que lleguen a tiempo serán atendidos antes que usted.
- Las visitas sin cita previa no garantizan el servicio el mismo día.
- Las visitas sin cita previa son breves y enfocadas, por lo que no es una cita garantizada.
- Todos los pacientes psiquiátricos bajo manejo de medicación DEBEN ser tratados por un terapeuta al menos mensualmente (terapia en consultorio o fuera de él).
- Se requiere una cita para solicitar el reabastecimiento de la medicación. Por favor, tenga en cuenta que nuestras agendas están llenas y no espere a quedarse sin medicamentos para programar su cita.
- Hay un cargo de \$1 por página para copiar los registros médicos; es gratis si necesitamos entregarlos a un MDC o a una oficina de atención médica.
- Todos los formularios están sujetos a un cargo (el pago debe ser recibido antes de la finalización);
  - Carta ESA: \$205
  - ESA de la aerolínea \$100
  - FMLA/Discapacidad 3 páginas: \$100; más de 3 páginas: \$150
  - Cartas al abogado: \$80 por la primera página y \$25 por cada página extra.
  - Regreso al trabajo/escuela, Excusa de Deber de Jurado, Carta de MDC – sin cargo.
- Sólo los clientes pueden estar en la sala de espera; o un tutor con un menor.
- ¡NO escriba/ponga los pies en los muebles o mesas!
- Si tiene alguna queja o duda, póngase en contacto con nuestro Departamento de Recursos Humanos al (305)642-5255 ext 415 o con el gerente al (305)642-5255 ext 403.

\_\_\_\_\_ Iniciales

Fecha: \_\_\_\_\_