



Bienvenidos

Estamos muy contentos de que haya elegido nuestras instalaciones para su cuidado. Palm Desert Psychiatry. Es una corporación destinada a mejorar la salud mental y el bienestar. Podemos optimizar su atención trabajando en equipo e incorporando la experiencia y los conocimientos de varios profesionales de la salud mental y médica, para brindarle la mejor atención integral. Nuestro equipo clínico está formado por enfermeras practicantes, asistentes médicos y varias enfermeras registradas. Estos clínicos bien entrenados son el primer punto de contacto con la interacción de atención al paciente. El Dr. Guimaraes supervisa toda la atención al paciente, incluido cada plan de tratamiento. Es posible que no vea al Dr. Guimaraes en cada cita, tenga la seguridad de que él sigue de cerca y discute su atención con los profesionales de la salud que atiende regularmente. Siempre puede solicitar que el Dr. Guimaraes acompañe a su profesional de la salud durante su cita. Nuestro objetivo es trabajar juntos y proporcionarle la capacidad de ganar y mantener el bienestar, promoviendo el crecimiento y el desarrollo.

Políticas y procedimientos de la oficina

Horario de oficina: lunes a viernes de 9:00a.m. a 5 p.m.

Si llega a llamar nuestra oficina fuera de este horario comercial, puede dejar un correo de voz en nuestra línea de oficina en 760-668-5598 y uno de nuestros amables miembros del personal de soporte se comunicará con usted el siguiente día hábil.

Si tiene una verdadera emergencia médica, llame al 911 de inmediato. Si se encuentra en una crisis y necesita comunicarse con nosotros fuera de nuestro horario de atención habitual, siempre puede llamar a nuestro servicio de contestador al 805-546-1319 y un miembro calificado del personal le devolverá la llamada dentro de una hora.

Evaluaciones

Su tratamiento con Palm Desert Psychiatry comienza con una evaluación psiquiátrica que durará 60 minutos. El objetivo de la evaluación es determinar sus necesidades psiquiátricas específicas y desarrollar un plan de tratamiento. Este plan generalmente conduce a un tratamiento continuo en la práctica, hay casos en los que sería beneficioso para un paciente recibir atención en otro entorno. Los planes de tratamiento serán discutidos hacia el final de la evaluación psiquiátrica.

Procedimientos de facturación y pagos

Es necesario que se registre a su llegada. Llegue 10 minutos antes para completar un cuestionario de estado mental y para pagar los honorarios (copagos, saldos de coseguros, saldos de cuentas) que vencen antes de que su médico / cita comience.

Assurance

Usted autoriza el pago de los servicios prestados para ser enviados directamente a Palm Desert Psychiatry. Por cualquier beneficio disponible bajo su plan de seguro. Nos comunicamos con su seguro como cortesía para verificar los beneficios y la elegibilidad, sin embargo, no es una garantía de cobertura o pago. Usted comprende que es su responsabilidad notificarnos sobre cualquier cambio de seguro. Usted es financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por su seguro por los servicios prestados. Debemos tener una copia de su seguro y tarjeta de identificación.

Políticas de asistencia

Tenemos tarifas asociadas con citas perdidas, incluidas llegadas tardías, no presentación o cancelaciones el mismo día. Es su responsabilidad llegar a tiempo a su cita. Si llega 10 minutos o más tarde a una cita, no lo verán y es posible que lo reprogramen. Requerimos un aviso con 24 horas de anticipación de cualquier cancelación de citas. Si llama fuera del horario de oficina en nuestra línea estándar 760-668-5598, puede dejar un mensaje en nuestro correo de voz que tendrá una marca de tiempo y un miembro del personal de soporte se comunicará con usted el próximo día hábil. Si no recibimos un aviso de cancelación y usted no se presenta a una cita o llama para cancelar una cita el mismo día, le cobramos un cobro de \$ 115. Este cobro no está cubierta por su seguro y no es negociable, por lo tanto, usted es responsable de la cobro completa.

Solicitudes de registros médicos

Hay un cargo de \$ 15 (mínimo) - \$ 30 (máximo) por una copia de los registros médicos solicitados por pacientes y abogados. Los registros solicitados a otro grupo médico / médico no requieren ninguna tarifa.



Información del paciente

Nombre y apellido: _____ Fecha : _____

Nombre en la tarjeta de assurance si es diferente: _____

Nombre de la parte responsable si es diferente al paciente (Nombre/DOB/SSN):

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Sexo: Macho/ femenino SSN: _____

Estado civil: _____

Teléfono Principal: _____ Está bien dejar información relacionada con la salud?

Teléfono secundario: _____ Está bien dejar información relacionada con la salud?

Dirección de envío: _____

Dirección domicilio si es diferente al correo: _____

correo electrónico: _____

Método preferido de comunicación para recordatorios de citas, notificaciones: correo electrónico / llamada / texto

Contacto de emergencia: _____ Relación con la paciente: _____ P: _____

Raza: No hispano Hispano Otro declive Etnia: Indio americano / Nativo de Alaska - Asiático - Negro / afroamericano - Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico - Blanco Otro: _____ Rechazo al estado

Pautas de medicamentos y recargas de medicamentos

Es su responsabilidad ponerse en contacto con su farmacia o nuestra oficina para todos los reabastecimientos con al menos 3 a 5 días de anticipación. Las recargas se procesarán dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de una solicitud. Para la medicación controlada, se requiere que lo atiendan mensualmente hasta que su médico lo especifique de otra manera. Para todos los demás medicamentos, debe ser visto al menos una vez cada 3 meses para recibir resurtidos. Si no lo atienden dentro de 3 meses, sus recetas no se volverán a surtir hasta que lo atiendan para una cita.

Revise e inicie el acuerdo a continuación:

<i>Declaración de acuerdo</i>	Iniciales
Estoy de acuerdo en tomar mi medicamento como me lo indicó el médico y no alterar la forma en que lo tomo sin consultar primero al médico	
Estoy de acuerdo en que los medicamentos de la lista II solo se repondrán durante una cita cuando vence la receta.	
Estoy de acuerdo en mantener y asistir a todas las citas con Palm Desert Psychiatry	
No compartiré medicamentos ni usaré medicamentos recetados previamente.	
Entiendo que los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados.	
Entiendo que las solicitudes de recarga anticipada pueden denegarse y considerarse una violación de este acuerdo.	
Entiendo que las solicitudes de reabastecimiento de medicamentos deben enviarse al menos con 48 horas de anticipación para dejar de tomar medicamentos.	



Entiendo que el comportamiento disruptivo o las amenazas (o la apariencia de tal naturaleza) hacia el personal y / u otros pacientes no serán tolerados y darán lugar a la finalización de la atención de Palm Desert Psychiatry. El comportamiento disruptivo puede incluir llamadas telefónicas excesivas.	
--	--

Al firmar a continuación, autorizo que haya leído y entiendo todas las políticas y procedimientos enumerados anteriormente para Palm Desert Psychiatry.

Nombre impreso del paciente / tutor

Firma del paciente / tutor

Fecha

Consentimiento para medicación psicotrópica y tratamiento

Palm Desert Psychiatry se ha reunido conmigo y ha discutido mis síntomas de salud mental que me llevaron a buscar tratamiento psiquiátrico en este momento. Un médico de la práctica enumeró los medicamentos que se sabe que ayudan a tratar los síntomas de salud mental que me diagnosticaron. También discutieron los riesgos y beneficios de dichos medicamentos y la probabilidad de que yo mejore o no mejore con o sin medicamentos. El clínico me explicó que los efectos secundarios de los medicamentos enumerados a continuación pueden causar, pero no se limitan a:

Antidepresivos: sequedad de boca, estreñimiento, somnolencia, mareos, arritmia cardíaca, náuseas, diarrea, disminución del deseo sexual y la función, dolor de cabeza, temblores, inquietud, inestabilidad, aumento de peso, empeoramiento de las convulsiones, cambios en la presión arterial.

Estabilizadores del estado de ánimo / anticonvulsivos

Sedación, pensamiento lento, inestabilidad, náuseas, diarrea, estreñimiento, babeo, aumento de las enzimas hepáticas, disminución del recuento sanguíneo, erupción cutánea, cambios en la presión arterial, aumento de la sed y la micción, disminución de la función tiroidea.

Antipsicóticos

Somnolencia, rigidez, espasmo muscular, temblor, inquietud, boca seca, estreñimiento, visión borrosa, movimientos corporales incontrolables (discinesia tardía), aumento de peso, aumento del riesgo de diabetes o aumento de los lípidos (colesterol), mareos, babeo, empeoramiento de las convulsiones, cambios en la presión arterial

Sedantes / Ansiolíticos

Fatiga, mareos, inestabilidad, confusión, visión borrosa, dificultad para hablar, congestión nasal, sequedad nasal, boca seca, estreñimiento.

Medicamentos antiparkinsonianos: boca seca, estreñimiento, visión borrosa, micción lenta, excitación

Acuerdo de tratamiento

Reconozco que he sido informado de mis derechos como cliente de Palm Desert Psychiatry, y se me dará la oportunidad de participar en el desarrollo de mi propio plan de tratamiento. Se me explicará la naturaleza del tratamiento para el que llama el plan de tratamiento, así como el motivo de dicho tratamiento y los riesgos y beneficios esperados que ese tratamiento puede causar. Entiendo que Palm Desert Psychiatry, NO puede proporcionarme ninguna garantía sobre los resultados del tratamiento y no me ha dado ninguna garantía implícita de que el tratamiento propuesto mejorará el estado de mi vida. También entiendo que puedo terminar mi tratamiento notificando a Palm Desert Psychiatry.

Palm Desert Psychiatry, me ha explicado que tengo derecho a aceptar o rechazar los medicamentos que me recomiendan. He leído y acepto el acuerdo del paciente para los medicamentos recetados. Entiendo que si tengo más preguntas o quiero saber más sobre mis medicamentos, puedo solicitar más información.

Nombre impreso del paciente / tutor

Firma de la paciente / tutor

Fecha



Consent for ePrescribe Program

ePrescribing es una manera para que los médicos envíen una receta precisa y legible electrónicamente desde la oficina a la farmacia.
El Programa ePrescribe incluye lo siguiente:

1. Formulario y transacciones de beneficios: esto nos brinda información sobre qué medicamentos están cubiertos por su programa de beneficios de medicamentos (seguro).
2. Notificaciones de estado de surtido: Esto le permite a su proveedor de atención médica recibir un aviso electrónico de su farmacia que le informa que su receta ha sido surtida o retirada.
3. Transacciones del historial de medicamentos: nos proporciona información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre posibles problemas de medicación y usar esa información para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Los datos del historial de medicación pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos, las intervenciones terapéuticas, las interacciones entre medicamentos y alergia a los medicamentos, las reacciones adversas a los medicamentos y la terapia duplicada.

La información del historial de medicamentos incluiría los medicamentos recetados por nuestra oficina, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención y puede incluir información confidencial que incluye, entre otros, medicamentos relacionados con afecciones de salud mental, enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual, abortos, violaciones / agresión sexual, abuso de sustancias (drogas / alcohol), enfermedades genéticas y VIH / SIDA. Como parte del formulario de consentimiento, usted autoriza específicamente la divulgación de esta y otra información médica confidencial.

Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor, Palm Desert Psychiatry puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o de terceros que pagan beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad de recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica. Su elección de dar o negar el consentimiento puede no ser la base para la denegación de servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que revoque su consentimiento. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no influirá en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Palm Desert Psychiatry. para inscribirme en el Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Nombre impreso del paciente / tutor

Firma de la paciente / tutor

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad

Palm Desert Psychiatry. se compromete a proteger la información médica relacionada con su atención médica. Este aviso explica las formas en que Palm Desert Psychiatry. o un asistente autorizado pueden usar y divulgar su información médica. La ley requiere que Palm Desert Psychiatry se asegure de que su información médica esté protegida y le proporcione este aviso sobre sus derechos, nuestras obligaciones legales y la privacidad con respecto a su información médica.



Cómo Palm Desert Psychiatry. puede usar y divulgar su información médica

Central Coast Behavioral Health, Inc. puede usar y divulgar su información médica para diferentes propósitos. Información tal, cierta información sobre drogas y alcohol. La información sobre el VIH y la salud mental está restringida en su uso y divulgación. Cumplimos con todas las leyes estatales y federales aplicables relacionadas con la protección de esta información. Los siguientes ejemplos se proporcionan para ilustrar los tipos de usos y divulgaciones que Palm Desert Psychiatry Inc. puede realizar sin su autorización.

Tratamiento

Palm Desert Psychiatry puede usar y divulgar su información para ayudar a sus proveedores de atención médica con su diagnóstico y tratamiento. Ejemplo: si lo derivan a otro proveedor, ese proveedor deberá saber si es alérgico a algún medicamento.

Pago

Palm Desert Psychiatry. puede usar y divulgar su información a su compañía de seguros para facturar y cobrar por el tratamiento y los servicios que recibió. Ejemplo: su información puede usarse para procesar reclamos y cobrar pagos.

Recordatorios de citas

Palm Desert Psychiatry puede contactarlo para recordarle que tiene una cita

Alternativas de tratamiento

Palm Desert Psychiatry. puede explicarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

Personas involucradas en su atención / pago de atención

Palm Desert Psychiatry puede divulgar información sobre usted a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que identifique si esa persona está involucrada en su atención. Si el paciente es menor de edad, podemos divulgar información a un padre o tutor cuando lo permita la ley.

Según lo exige la ley

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información sobre usted cuando así lo exija la ley.

Actividades de salud pública

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información a agencias de salud pública por razones como prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Víctimas de abuso. Negligencia o violencia doméstica

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información a agencias gubernamentales sobre abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de salud

Palm Desert Psychiatry puede divulgar información a agencias gubernamentales, de licencias, de auditoría y de acreditación, según lo autorice o exija la ley.

Procedimientos judiciales y administrativos

Palm Desert Psychiatry puede divulgar información en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar sobre usted en ciertos casos en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Cumplimiento de la ley

Palm Desert Psychiatry puede divulgar información bajo circunstancias limitadas a un oficial de la ley en respuesta a una orden judicial o proceso similar para identificar o localizar a un sospechoso o para proporcionar información sobre la víctima de un delito.

Médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información a médicos forenses o directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.



Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información sobre usted, con algunas limitaciones cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia

Según lo autorizado o requerido por la ley, Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Esto puede incluir varias investigaciones o brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

Compensación de trabajadores

Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información en la medida necesaria para cumplir con la Ley de California para los programas de compensación para trabajadores.

Reclusos

Si se encuentra en un recluso en una institución correccional o bajo la custodia de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, Palm Desert Psychiatry. puede divulgar información sobre usted a la institución correccional según lo autorice o requiera la ley.

Otros usos o divulgaciones con una autorización

Otro uso de su información se hará solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario. Puede revocar (o cancelar) una autorización en cualquier momento por escrito. Si cancela su autorización por escrito, Central Coast Behavioral Health, Inc. no divulgará información sobre usted después de que recibamos su cancelación, a excepción de las divulgaciones que se estaban procesando antes de que Central Coast Behavioral Health, Inc. recibiera su cancelación.

Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud médica que Palm Desert Psychiatry. mantiene con respecto a usted. Para los siguientes derechos, su solicitud debe hacerse por escrito.

Derecho de acceso para ver y copiar su información médica

Tiene derecho a revisar u obtener copias de sus registros de información médica, con algunas excepciones limitadas.

Derecho a modificar su información médica

Si considera que la información médica que Palm Desert Psychiatry. puede tener sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información. Su solicitud debe incluir la razón por la que busca un cambio. Central Coast Behavioral Health, Inc. puede denegar su solicitud si solicita enmendar información que no fue creada por Central Coast Behavioral Health, Inc., no es parte de la información médica mantenida por Central Coast Behavioral Health, Inc., no es parte de la información médica que se le permitiría ver y copiar, o solicita enmendar un registro que ya es exacto y completo. Si Central Coast Behavioral Health, Inc. rechaza su solicitud de modificación, usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito de desacuerdo con la decisión.

Derecho a una contabilidad de divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un informe o una lista de divulgaciones que Palm Desert Psychiatry. ha realizado sobre su información médica.

Derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica

Usted tiene el derecho de solicitar que Palm Desert Psychiatry restrinja o limite la forma en que usamos o divulgamos su información médica para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. Si usted está de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesario para una emergencia. En su solicitud, debe decirle a Central Coast Behavioral Health, Inc. qué información desea limitar; si desea limitar la forma en que usamos o divulgamos su información, o ambas; y a quien desea que se apliquen las restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que Palm Desert Psychiatry. se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Ejemplo: puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted en el trabajo en lugar de en casa. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado, acomodaremos todas las solicitudes razonables.



Derecho a una copia en papel de este aviso

Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso y puede solicitar a Palm Desert Psychiatry Inc que le proporcione una copia de este aviso en cualquier momento.

Cambios a este aviso

Palm Desert Psychiatry se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento, con vigencia para la información médica que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Siempre puede solicitar una copia del aviso actual vigente. Este aviso está vigente desde el 1 de agosto de 2007.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o desea presentar una queja sobre prácticas de privacidad de Palm Desert Psychiatry, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 200 Independence Ave, Washington, DC 20201. Los médicos tienen licencia y están regulados por la Junta Médica de California (800) 633-2322. Permita que las siguientes personas enumeradas a continuación tengan acceso a mis registros médicos y / o puedan llamar a Palm Desert Psychiatry para discutir información como citas, facturación o tratamiento médico general.

Al firmar este formulario, usted autoriza a Palm Desert Psychiatry a usar o divulgar su información de salud protegida como se describe anteriormente. Si desea especificar a quién desea tener acceso a su atención, solicite al frente que complete un formulario por separado.

Nombre impreso del paciente / tutor

Firma del paciente / tutor

Fecha