

**Psychiatric Centers at San Diego, Inc. Medical Group**

**PATIENT REGISTRATION**

FECHA	PACIENTE NUEVO <input type="checkbox"/>	CAMBIO DE SEGURO <input type="checkbox"/>	CAMBIO DE INFORMACION <input type="checkbox"/>	<b>FOR OFFICE USE ONLY</b> MRN#
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO
NUMERO DE TELEFONO DE HOGAR CON AREA		NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO CON AREA		NUMERO DE TELEFONO DE CELULAR CON AREA
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	GENERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> TRANSGENERO <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR Y ESTADO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Compañero de Vida <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____		LUGAR DE EMPLEO	
DOMICILIO DE LUGAR DE EMPLEO			NUMERO DE TELEFONO DE EMPLEO CON AREA	
CONFIRMACION DE CITAS *Este es un sistema de confirmacion automatizado. Seleccionando "SI", usted esta de acuerdo con recibir mensajes en su numero telefonico indicado.  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NUMERO DE TELEFONO PARA CONFIRMAR CITAS CON AREA  (    )		LE GUSTARÍA RECIBIR LA CONFIRMACIÓN DE SU CITA VIA <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> mensaje de texto *Se aplican tarifas de datos y mensajes Si se eligen el teléfono y el texto, lo recibirá solo por teléfono.

**DOCTOR PRIMARIO**

NOMBRE DEL DOCTOR PRIMARIO	NUMERO TELEFONO DEL DOCTOR PRIMARIO CON AREA
DOMICILIO DEL DOCTOR PRIMARIO	
¿PODRIAMOS ENVIAR CARTA DE COORDINACION DE SU CUIDADO A SU DOCTOR PRIMARIO RESUMIENDO SU VISITA?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
MEDICO DE REFERENCIA: (SI NO FUE SU DORCTOR PRIMARIO)	

**INFORMACION DE FARMACIA**

**Favor de traer a su siguiente visita una lista de todos los medicamentos que usted este tomando.**

NOMBRE Y DOMICILIO DE FARMACIA	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE FARMACIA	NUMERO DE AREA Y FAX DE FARMACIA
Si usted tiene una prescripción a través de una farmacia local y necesita un relleno, por favor notifique a la farmacia para que ellos manden por fax o por medio electrónico el pedido a nuestra oficina para aprobación, y <u>permita 72 horas para procesar</u> . Aunque la etiqueta en su prescripción indique cero rellenos, usted todavía tiene que contactar a su farmacia para que ellos nos manden por fax el pedido. De esta manera el proceso para usted y nuestra oficina será más rápido. Por favor no llame a nuestra oficina por rellenos, ya que será dirigido a contactar a su farmacia. Si por alguna razón usted necesita una prescripción escrita, por favor permita una semana para procesar.		

**INDIQUE A LA PERSONA LA CUAL USTED DA PERMISO DE DISCUTIR SU CUENTA Y COBROS**

<input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> OTRO _____ <b>(Especifique el nombre y el apellido e indique la relación con el paciente)</b>
---

**INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

PERSONA INDICADA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	RELACION AL PACIENTE
---	----------------------

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Completed \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Employee: \_\_\_\_\_ Clinician: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_  
Rev. 8/2018

**Psychiatric Centers at San Diego, Inc. Medical Group**

**PATIENT REGISTRATION**

NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE CASA	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE TRABAJO	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE CELULAR
-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**

**(Esta Sección Debe Ser Completada Por La Persona Firmando Esta Forma)**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
DOMICILIO ADONDE MANDAR COBROS: Numero y Nombre de Calle:		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE HOGAR	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE TRABAJO	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DE CELULAR
RELACION AL PACIENTE <input type="checkbox"/> Conyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		NUMERO DE SEGURO SOCIAL
		NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR Y ESTADO

**INFORMACION DE SEGURO**

**(Favor de Prover Copias de TODAS las Tarjetas de Identificacion – DE FRENTE y AL REVERSO, si aplica)**

<input type="checkbox"/> Por favor cheque aquí si no tiene seguro y usted será el único responsable de pagar (pase a la siguiente página).			
NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL		NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO	
NUMERO DE AREA Y TELEFONO DEL SEGURO	FECHA DE INICIO	NUMERO DE AREA Y TELEFONO DEL SEGURO	FECHA DE INICIO
DOMICILIO DE RECLAMOS: NUMERO Y NOMBRE DE CALLE		DOMICILIO DE RECLAMOS: NUMERO Y NOMBRE DE CALLE	
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO
NUMERO DE SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
RELACION AL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	BENEFICIOS EAP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RELACION AL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro	BENEFICIOS EAP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿SU CONDICION ESTA RELACIONADA CON SU TRABAJO? <input type="checkbox"/> SI, Fecha de Accidente _____ <input type="checkbox"/> NO Numero de Reclamo: _____			

**AVISO: NO FIRME ESTE CONVENIO ANTES DE LEERLO Y ESTAR DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS DEBAJO. AL FIRMAR, USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DEL CONVENIO.**

El (La) firmante abajo entiende que la verificación de los beneficios de seguro en cualquier póliza(s) es realizada como cortesía de PCSD y que PCSD será considerada inocente si la cuenta es rechazada total o parcialmente por la empresa de seguros. Es responsabilidad del (de la) firmante debajo de entender y confirmar directamente con el poseedor de la póliza las limitaciones y/o exclusiones de la póliza de seguro.

El (La) firmante abajo certifica que el (ella) ha leído lo anterior y ha recibido la copia respectiva, y que el (ella) es el (la) paciente, o es debidamente autorizado(a) por el (la) paciente como agente general del (de la) paciente para ejecutar lo indicado anteriormente, y acepta los términos, y con ello asume la responsabilidad por el pago de los cobros por tales servicios.

Por medio de este documento autorizo al Grupo Médico de "Psychiatric Centers at San Diego, Inc" la transferencia de toda la información incluyendo la de tipo psiquiátrico, drogas y/o alcohol relacionada con mi caso, a mi doctor de cuidado primario, a la persona o entidad que me refirió para esta evaluación, otras entidades de salud (laboratorios, hospitales, etc.), y a mi compañía de seguros o un pagador tercero, fuentes de financiamiento o su agente para los pagos o su revisión. Este consentimiento puede ser revocado a menos que haya ya sido aplicado y si no hubiera sido revocado, será terminado cuando la transferencia de información a las personas o entidades indicadas en la parte posterior no sea razonablemente necesaria para llevar a cabo los propósitos de seguros descritos arriba. La información no será transferida a nadie más, sin la aprobación previa del (de la) paciente. **YO/NOSOTROS ESTOY/ESTAMOS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS ANTERIORMENTE.**

**ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO:** El (La) firmante abajo autoriza el pago directo a PCSD de cualquier beneficio del seguro de otra manera pagable o en su representación al (al la) firmante abajo por este servicio, en un valor que no exceda los cobros regulares de PCSD. Además, por este documento asigno a PCSD cualquier y todas las sumas de dinero pagables a mi orden bajo los términos de cualquier póliza de seguro, contrato o derechos de tercero por servicios entregados por PCSD. Se conviene que los pagos por la compañía de seguros a PCSD resultantes de esta autorización liberen a dicha compañía aseguradora de cualquiera o todas las obligaciones relativas a tales pagos. Esta entendido por el (la) firmante abajo que el (ella) es financieramente responsable por los cargos no cubiertos por esta asignación. Esta también entendido que se autoriza a PCSD guardar mi firma en los archivos en relación con reclamos de seguro por admisiones subsecuentes en cumplimiento con las condiciones con terceras partes de acuerdo a la firma en archivo. Esta asignación es irrevocable.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Persona Responsable Financieramente:** \_\_\_\_\_

**FIRMA de Persona Responsable Financieramente:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Psychiatric Centers at San Diego, Inc. Medical Group

## PATIENT REGISTRATION

### CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y CONVENIO FINANCIERO

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Inicial) Por medio de este documento consiento y autorizo los tratamientos, que según el juicio del médico y/o terapeuta a cargo, pueden ser considerados necesarios o aconsejables para el diagnóstico del tratamiento del nombrado paciente en "Psychiatric Centers at San Diego, Incorporated Medical Group" (PCSD). Certifico aquí que la información contenida al reverso es correcta según mi leal saber y entender y en relación al nombrado paciente.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que, si por cualquier razón el paciente resuelve cancelar una cita, la oficina del médico será notificada con 24 horas de anticipación. Falta de esta notificación formal a PCSD resultará en un cobro por el tiempo reservado. La oficina misma, no el servicio contestador ("answering service"), debe ser notificada de la cancelación. Si usted no puede cancelar su cita por lo menos 24 horas antes, o si usted no asiste a su cita, se le cobrará lo siguiente:

- \$60 por una cita con un Psiquiatra (M.D., D.O.) o un(a) Enfermero(a) Practicante (NP)
- \$70 por una cita con un Psicólogo/Asistente (PhD, PsyD)
- \$60 por una cita con un Terapeuta Nivel Master (LCSW, MFT, LPCC)
- \$30 por una cita de Terapia en Grupo (Incluye citas de grupo con nuestro programa de ABA)
- \$30 por una cita con nuestro programa de ABA

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que, si por cualquier razón el paciente resuelve cancelar una cita de cualquier tipo de Prueba Psicológica, o Pruebas de Deficiencia de Atento (ADD/ADHD), o Prueba de Neuropsicismo, la oficina del médico será notificada por lo menos **48 horas de anticipación**. Falta de esta notificación formal a PCSD resultará en un cobro de **\$70 por cada hora reservada por los servicios de Pruebas**.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que, si por cualquier razón se le pide a mi doctor que completa una a forma de mi parte, yo sere responsable de pagar un cobro razonable y acostumbrado.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que, de acuerdo con los programas gubernamentales de seguros, PPO's (Preferred Provider Organizations) y HMO's (Health Maintenance Organizations), cualquier co-pago o compartimiento de costo debe ser pagado al recibir el servicio. La falta de pago puede resultar en un cobro de servicio de \$15 y PUEDA QUE sus citas futuras sean pospuestas o canceladas.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Convengo, además, en que pagare todos los gastos que no han sido cubiertos por los programas mencionados anteriormente que se apliquen a mí o a los miembros de mi familia según se muestran en la declaración. Estos gastos serán pagados prontamente a su presentación, a menos que se hayan convenido anticipadamente arreglos crediticios por escrito. Se conviene en que los cargos mostrados en los documentos de PCSD son correctos y razonables a menos que sean objetados por escrito dentro de treinta días de la fecha de facturación. Entiendo que, si el médico o terapeuta es citado por la Corte o de otra manera obligado a participar en un proceder legal como resultado por proveer servicios profesionales a mí, Yo sere responsable de pagar por todo el tiempo gastado en preparación, en escribiendo informes, y/u otros documentos necesarios. Se aplicará un cargo de \$25 por todos los cheques devueltos. En el caso que se requieran acciones legales para obtener el saldo no pagado por servicios otorgados a mí o a mi familia, yo/nosotros convengo/convenimos a pagar los honorarios razonables del abogado u otros costos que la Corte determine. Consiento que PCSD de a conocer mi nombre y el saldo de mi cuenta e información adicional según sea requerido para satisfacer mi cuenta.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Se conviene en que los pagos no serán demorados o retenidos por causa de la naturaleza del seguro o reclamos pendientes, y que todos los ingresos del seguro serán asignados a la oficina según correspondan, pero sin que ello signifique asumir responsabilidad por su obtención.

**Aseguramiento De Calidad De Servicios:** PCSD mantiene un Programa activo de Calidad de Servicios. Si usted siente que la calidad del cuidado del cuidado o los servicios recibidos por parte de PCSD fue insatisfactoria, lo estimulamos a informar esta situación al doctor, terapeuta, o secretaria de la oficina. Usted también puede llamar a Quality Assurance (Aseguramiento de la Calidad), al teléfono (619) 528-4600 extensión 6430. Una copia de esta asignación es tan válida como la original.

## ***Como paciente de PCSD***

### ***Usted tiene el derecho a recibir servicios:***

- De Profesionales de Salud que son capacitados, competentes, responsables de su cuidado, y razonablemente accesibles.
- En un ambiente que es seguro, sanitario, conducente a un tratamiento efectivo, y que apropiadamente protege sus derechos a 'la privacidad y confidencialidad.
- Con respeto y dignidad hacia su identidad étnica y cultural, religión, incapacidad sexo, edad, estado civil, y orientación sexual.
- Que enfatiza su participación en el desarrollo de un plan de tratamiento que es específico a sus necesidades, y que incluye su compromiso de cumplir metas fijadas.
- Libre de interacción que no sea profesional por parte de los profesionales o del personal administrativo.
- Y la responsabilidad de participar con su médico o terapeuta tomando decisiones relacionadas con su tratamiento.

### ***Usted tiene el derecho de obtener información actual acerca de:***

- Nombres y credenciales de los Profesionales de Salud que están involucrados en su cuidado y de recibir información de esta organización, sus servicios, médicos, y derechos y responsabilidades del paciente.
- Diagnostico, tratamiento recomendado y opciones alternativas, riesgos, beneficios y costos en términos que usted pueda entender.
- Servicios disponibles y sus costos, incluyendo costos de servicios que no están cubiertos bajo su plan de salud.
- Circunstancias o condiciones bajo las cuales su cuidado puede ser transferido a otro Professional de Salud, programa de tratamiento o institución, y los riesgos, beneficios y costos de tal transferencia.
- Practicas que se relacionan con los servicios de cuidado y tratamiento.
- Sus responsabilidades para asegurar mejores resultados en el tratamiento.
- Archivos o expedientes relevantes a su cuidado, información que deberá ser explicado o interpretada tal como sea necesario, excepto lo que es protegido o restringido por la ley. Los adultos tienen el derecho de revisar su archivo y de proveer un añadido por escrito bajo el Código de Salud y Seguridad de California.
- Recursos disponibles a través de PCSD para la comunicación de inquietudes o preguntas y para la resolución de disputas, conflictos, y quejas.

### ***Usted tiene el derecho de ser tratado con respectó y reconocimiento de su dignidad y el derecho de la protección de su privacidad y confidencialidad:***

- En presentaciones clínicas, consultas, exámenes, y servicios de tratamiento.
- En comunicaciones y archivos con relación a su cuidado, excepto en casos relacionados con abuso y peligro a sí mismo o a otros, o cuando el reportar es permitido o requerido por la ley.
- Debido a la confidencialidad, no se permiten camaras, fotos, audio, grabacion de video, medios sociales, divulgación de cualquier informacion confidencial o contenido de grupo de terapia, y divulgacion de quien atenda al grupo o este recibiendo servicios. Violacion de la confidencialidad puede resultar en descarga administrativa del cuidado.

- Hay casos en los cuales es importante compartir la información clínica con su doctor primario para asegurar un tratamiento médico apropiado. En estos casos, su firma autorizando tal comunicación será obtenida antes de compartir cualquier información, y la confidencialidad de la información diseminada será enfatizada.

Archivos de pacientes que han sido tratados por abuso de alcohol/o drogas están cubiertos bajo la protección de leyes y regulaciones Federales (42 CFR, Parte 2). Generalmente, ni su terapeuta ni nuestro personal divulgará a ninguna persona fuera de PCSD que usted está recibiendo tratamiento por el abuso de alcohol y/o drogas. Tampoco se revelará información que identifique a usted como drogadicto o alcohólico **a menos** que:

1. Usted de su autorización por escrito o
2. La entrega de información es obligada por una orden de la corte o
3. La entrega de información es dada a personal médico en caso de una emergencia médica, o a una persona capacitada para investigación, auditoria, o evaluación del programa o

Usted comete, o amenaza en cometer un crimen en PCSD, o en contra de cualquier persona que trabaja para PCSD. La violación de las leyes y regulaciones Federales por parte de PCSD, ya sea por medio de sus terapeutas y/o su personal administrativo es un crimen. Dichas violaciones deberán ser reportadas al fiscal de distrito de los Estados Unidos en el distrito en el cual la violación ocurrió.

### ***Usted tiene el derecho/responsabilidad***

- De darnos la información necesaria para poder otorgarle tratamiento.
- De ser honesto(a) en cuanto a asuntos, sentimientos, o ideas que se relacionan con su tratamiento y de otorgarnos la máxima información posible que la organización, sus médicos, y otras profesionales necesiten para proveer tratamiento.
- De intentar de entender los problemas clínicos que han sido identificados, seguir las instrucciones y los consejos que han sido ofrecidos por su terapeuta o medico y preguntar por clarificación si es que usted no entiende los asuntos que re relacionan con su tratamiento.
- De mantener sus citas y cooperar con los médicos y el personal.
- De ser considerado y respetuoso de los derechos de otros pacientes, médicos, y el personal.
- De proteger la confidencialidad y privacidad de su propio tratamiento y del tratamiento de otros pacientes.
- De aceptar la responsabilidad fiscal asociada con servicios recibidos en PCSD.
- De comunicarnos sus preocupaciones o quejas a través de los canales apropiados.
- Dejarnos saber de quejas o apelaciones acerca de la organización o el servicio prestado.
- Hacer recomendaciones a esta organización acerca de los derechos y responsabilidades del paciente.
- Mi firma abajo confirma que recibí una copia de este documento detallando mis derechos y anuncio responsabilidades como paciente en PCSD, y que también recibí una copia del de Reglamentos de Practica Privadas de PCSD.

---

Firma del paciente

Fecha