



# Harbor Psychologist, Inc.

## Consentimiento y nueva información para el paciente

Formulario para ser completado por el paciente (o el padre / tutor si el paciente está bajo 18 años de edad)

Toda información debe ser completada

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino  Femenina

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone- Home: \_\_\_\_\_ Podemos llamar a su casa? Sí  No

Work: \_\_\_\_\_ Podemos llamar a tu trabajo? Sí  No

Cell: \_\_\_\_\_ Podemos llamamos texto o tu celular? Sí  No

Estado civil: Solo  Convivencia  casado  socios  separado  divorciado  viudo

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

### Responsabilidad financiera (asegurado persona responsable del pago)

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Previsional del asegurado #: \_\_\_\_\_

Fecha del asegurado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente de paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto (si es diferente de la paciente) \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

Miembro ID # en tarjeta seguros: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Numero de \_\_\_\_\_

Portador de la salud mental: \_\_\_\_\_ teléfono #: \_\_\_\_\_

Inicial autorización #: \_\_\_\_\_ empleador \_\_\_\_\_

### Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre : \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Hogar teléfono: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_



# Harbor Psychologist, Inc.

*Lea y reconozca individualmente cada sección al marcar en la línea a la izquierda y firme en la parte inferior*

## **Términos financieros y la asignación de beneficios**

Previa verificación de cobertura y límites de la póliza, se le cobrará su seguro para usted y su proveedor se pagará directamente por el transportista. Tras la aceptación de su nombramiento será la responsabilidad del paciente para cualquier y todos los gastos. El pago es debido en el momento que se prestan los servicios. Si estás sin cobertura de seguros, modalidades de pago deben hacerse antes de la primera cita.

## **Citas canceladas / perdidas**

Al programar una cita, una vez se deja de lado específicamente para usted. Si cancela o no acude a su cita sin dar aviso de 48 horas, o viernes al mediodía para una cita del lunes, se le cobrará un mínimo de \$70. Si tiene dos citas canceladas o perdidas consecutivamente, puede estar en incumplimiento y puede ser devuelto a su compañía de seguros para encontrar un nuevo proveedor.

## **Apelaciones y quejas**

Usted tiene derecho a solicitar reconsideración en el caso de que no está autorizada la atención ambulatoria (número de visitas). Esto se llama un recurso de apelación. Puede solicitar y apelar aunque su proveedor. Usted tiene derecho a presentar una queja directamente al proveedor o al grupo clínico al que pertenecen en cualquier momento que usted tiene una queja sobre cualquier aspecto de su atención. Si usted no está satisfecho con la respuesta que reciba, puede presentar la queja a su plan de salud directamente.

## **Situaciones de emergencia**

Si usted está en peligro inminente llame al 911, su Departamento de policía más cercano o ir a una sala de urgencias del hospital. Para otras emergencias llame a la línea de Crisis Condado de Los Angeles al 800-854-7771.

## **Confidencialidad**

Toda la información entre terapeuta / médico y el paciente se mantiene estrictamente confidencial a menos que:

Autorizan entrega de información con su firma (o padre / tutor)

Presentar un peligro físico a uno mismo

Presentar un peligro físico a otro

Se sospecha de infantil o el abuso de

En los últimos dos casos, estamos obligados por ley a informar a posibles víctimas y autoridades judiciales, por lo que pueden tomarse medidas de protección. Se reciben el aviso de prácticas de privacidad HIPPA como lo requiere. Usted puede solicitar una copia en papel en cualquier momento.

## **Consentimiento para el tratamiento**

"Yo autorizo que mis proveedores realicen exámenes psicológicos, tratamientos y/o procedimientos de diagnóstico, ahora y durante mi atención como paciente son recomendables. Entiendo que se explica el uso de estos procedimientos me bajo mi petición y mi acuerdo. También entiendo que aunque el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, puede a veces ser difícil e incómodo."

**Divulgación de información**"Autorizo la divulgación de información para reclamos, certificación / caso administración y otros propósitos relacionados con los beneficios de mi Plan de salud."

**Entiendo y de acuerdo a toda la información anterior y entender la política de cancelación.**

\_\_\_\_\_  
Paciente (padres) nombre

\_\_\_\_\_  
del paciente firma y fecha firma

\_\_\_\_\_  
del proveedor



# Harbor Psychologist, Inc.

## HISTORIA CLÍNICA

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ número de teléfono de \_\_\_\_\_

Fecha en que se vio por última vez te: \_\_\_\_\_ Motivo de la última visita: \_\_\_\_\_

Por favor una lista de medicamentos está tomando actualmente:

Por favor indique alguna condición médica pasada o presente, que han sido tratados:

Que presentan problemas - Por favor describir su razón para buscar ayuda en este tiempo e incluya cuando comenzó el problema:

¿ Hubo un evento que causó estos problemas? Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

Alergias:  Sí  NKA (No alergias conocidas)

En caso afirmativo, enumerarlos:



# Harbor Psychologist, Inc.

4010 Watson Plaza Drive Suite 285, Lakewood, CA. 90712 (562)497-1505 Fax (562)497-1881

## Behavioral Health / PCP Coordination of Care Form

Coordination of Care Form PCP Office: Please place copy of form in patients chart. This form is intended to coordinate care with primary physicians and medical specialists. This is not intended to replace the agency's existing release of information form.

**Primary Care Physician, Provider or clinic:** \_\_\_\_\_

Phone number \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Street Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

### **Patient Information**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Date of Evaluation: \_\_\_\_\_

Reason for referral: Risks, Concerns, (homicidal/suicidal ideation, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnoses: \_\_\_\_\_ Medications Currently prescribed: (including herbal)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Treatment Plan or recommendations:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical follow-up recommended: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Treating Behavioral Health Provider: \_\_\_\_\_ Date Sent: \_\_\_\_\_

### **Patient Rights:**

You can end this authorization at any time. If you make a request to end this authorization, it will not include information that has already been used for disclosed based on your previous consent. You cannot be required to sign this form as a condition of treatment or payment. Information disclosed as a result of this Authorization Form may be re-disclosed by the recipient and is no longer protected by law. You do not have to agree to this request to use or disclose your information.

I, the undersigned, understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that the action has been taken in reliance upon it and that in any event, this consent shall expire six months from the date of my signature, unless another date is specified. I have read and understand the above and give my authorization:

To release any applicable mental health/substance abuse information to my medical provider

To release only medication information to my medical provider

I DO NOT give my authorization to release any information to my medical provider.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

**No ha sido difícil**

**Un poco difícil**

**Muy difícil**

**Extremadamente difícil**