ESE MENTAL HEALTH

¿Preguntas? Llame al
229-422-3661

Información para pacientes por teleterapia

Por favor escriba claramente en LETRAS MAYÚSCULAS, una letra o número por casilla. Deje una casilla vacía entre palabras.

1 Datos del paciente

Nombre del paciente

Nombre(s) | Apellido(s)

Fecha de nacimiento del paciente

MM / DD / AAAA

Sexo del paciente

☐ Hombre ☐ Mujer

Escuela del paciente

Dirección

Calle y número

Ciudad | Estado | Código postal

Motivo de la visita

2 Contacto del padre/tutor

Número de teléfono móvil del padre/tutor

( ) –

Dirección de correo electrónico del padre/tutor (continúe en la segunda fila si es necesario)

3 Información del seguro

Nombre de la compañía de seguros

Nombre en la tarjeta de seguro

ID de miembro

Grupo #

Fecha de nacimiento del miembro

MM / DD / AAAA

Relación con el paciente

Dirección de domicilio del miembro (si es diferente)

Calle y número

Ciudad

Estado

Código postal

4 Información sobre la parte responsable

Padre/Tutor/Paciente +18

Teléfono

( ) –

Relación

5 Acuerdo y firma

He recibido y aceptado la Política Financiera, la Política de Privacidad y el Consentimiento Informado Telemental para Salud Mental.

Firma del padre/tutor/paciente (si es mayor de 18 años)

×

Fecha

MM / DD / AAAA

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Fecha de vigencia: 12/10/2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSALO DETENIDAMENTE.

Los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") se aplican a ESE MENTAL HEALTH, sus afiliados y sus empleados. ESE MENTAL HEALTH compartirá información sanitaria protegida de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones sanitarias según lo permita la ley. Por ley estamos obligados a mantener la privacidad de la información sanitaria protegida de nuestros pacientes y a notificar a los pacientes sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la información sanitaria protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso mientras siga vigente. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso según sea necesario y de hacer efectiva una nueva notificación de prácticas de privacidad para toda la información sanitaria protegida mantenida por ESE MENTAL HEALTH. Estamos obligados a notificarle en caso de una brecha de su información sanitaria protegida no segura. También estamos obligados a informarle de que puede existir una disposición de la ley estatal relacionada con la privacidad de su información sanitaria que puede ser más estricta que un estándar o requisito de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado o información relacionada con una ley estatal específica puede obtenerse enviando una solicitud por correo al Responsable de Privacidad a la dirección que se indica a continuación.

USOS Y DIVULGACIONES DE TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA:

Autorización y consentimiento: Salvo lo que se indique a continuación, no utilizaremos ni divulgaremos su información sanitaria protegida para ningún propósito distinto al tratamiento, pago u operaciones sanitarias, a menos que haya firmado un formulario autorizando dicho uso o divulgación. Tienes derecho a revocar dicha autorización por escrito, siendo efectiva una vez que realmente recibimos el escrito; Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que hayamos tomado alguna acción basándonos en la autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura de seguro; otra ley otorga al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la propia póliza.

Usos y divulgaciones para el tratamiento:

Haremos uso y divulgación de tu información sanitaria protegida según sea necesario para tu tratamiento. Los médicos, enfermeros y otros profesionales implicados en tu atención utilizarán la información de tu historial médico y la información que proporciones sobre tus síntomas y reacciones a tu tratamiento, que puede incluir procedimientos, medicación, pruebas, historial médico, etc. Usos y Divulgaciones para el Pago: Haremos usos y divulgaciones de tu información sanitaria protegida según sea necesario para fines de pago. Durante el curso normal de las operaciones comerciales, podemos enviar información sobre sus procedimientos médicos y tratamientos a su compañía de seguros para organizar el pago de los servicios prestados. También podemos utilizar tu información para preparar una factura que te envíe a ti o a la persona responsable de tu pago.

Usos y divulgaciones para operaciones sanitarias: Haremos usos y divulgaciones de tu información sanitaria protegida según sea necesario y según lo permita la ley, para nuestras operaciones sanitarias, que pueden incluir mejoras clínicas, revisión profesional por pares, gestión empresarial, acreditación y licencias, etc. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria protegida con el fin de mejorar el tratamiento clínico y la atención al paciente.

Personas implicadas en tu atención: Podemos, de vez en cuando, divulgar tu información sanitaria protegida a familiares, amigos y otras personas designadas que participen en tu cuidado o en el pago de tu atención, con el fin de facilitar la implicación de esa persona en cuidarte o pagar por tu atención. Si no está disponible, incapacitado o se enfrenta a una situación médica de emergencia y determinamos que una divulgación limitada puede ser lo mejor para usted, podemos compartir información sanitaria limitada protegida con dichas personas sin su aprobación. También podemos divulgar información sanitaria limitada protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de ayuda en desastres, con el fin de que esa entidad localice a un familiar u otras personas que puedan estar implicadas en algún aspecto del cuidado de usted.

Asociados de negocios: Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan mediante contratos con personas u organizaciones externas, como auditoría, acreditación, recopilación de datos de resultados, servicios legales, etc. En ocasiones puede ser necesario que proporcionemos su información sanitaria protegida a una o más de estas personas u organizaciones externas que nos ayudan en nuestras operaciones sanitarias. En todos los casos, exigimos a estos colaboradores que protejan adecuadamente la privacidad de tu información.

Citas y servicios: Podemos ponernos en contacto contigo para proporcionarte actualizaciones de citas o información sobre tu tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarte. Tiene derecho a solicitar, y nosotros atenderemos, solicitudes razonables para recibir comunicaciones sobre su información sanitaria protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si desea que no se dejen recordatorios de cita en el buzón de voz ni se envíen a una dirección concreta, atenderemos solicitudes razonables. Con estas solicitudes, debes proporcionar una dirección alternativa adecuada o un método de contacto. También tiene derecho a solicitar que no le enviemos ningún material de marketing futuro y haremos todo lo posible para cumplir dicha petición. Debes hacer dichas solicitudes por escrito, incluyendo tu nombre y dirección, y enviarlas al Responsable de Privacidad en la dirección que aparece a continuación.

Investigación: En circunstancias limitadas, podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria protegida con fines de investigación. En todos los casos en que no se obtenga su

autorización específica, su privacidad estará protegida por estrictos requisitos de confidencialidad aplicados por una Junta de Revisión Institucional que supervisa la investigación o por representaciones de los investigadores que limitan su uso y divulgación de su información.

Recaudación de fondos: Podemos utilizar tu información para contactarte con fines de recaudación. Podemos facilitar esta información de contacto a una fundación relacionada para que esta pueda contactar contigo con fines similares. Si no desea que nosotros o la fundación le contactemos para recaudar fondos, debe enviar dichas solicitudes por escrito al Responsable de Privacidad en la dirección que aparece a continuación.

Otros usos y divulgaciones: Estamos autorizados y/o obligados por ley a realizar ciertos otros usos y divulgaciones de tu información sanitaria protegida sin tu consentimiento o autorización para lo siguiente:

- Cualquier propósito exigido por la ley;
- Actividades de salud pública como la notificación obligatoria de vacunaciones, enfermedades, lesiones, nacimientos y fallecimientos, o en relación con investigaciones de salud pública;
- Si sospechamos abuso o negligencia infantil; si creemos que eres víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- A la Administración de Alimentos y Medicamentos para que informe de eventos adversos, defectos de productos o para participar en retiradas de productos;
- A su empleador cuando le hemos proporcionado atención sanitaria a petición de su empleador;
- A una agencia gubernamental de supervisión que realice auditorías, investigaciones, procedimientos civiles o penales;
- Citación judicial o administrativa o solicitud de descubrimiento;
- A las autoridades policiales, según lo exige la ley, si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea necesario o autorizado por la ley;
- A forenses y/o directores funerarios conforme a la ley;
- Si es necesario, organizar una donación de órgano o tejido de tu parte o un trasplante para ti;
- Si eres miembro del ejército, también podemos facilitar tu información sanitaria protegida para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y
- A las agencias de compensación laboral para la determinación de los beneficios de compensación laboral.

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

Notas de psicoterapia: Debemos obtener su autorización por escrito específica antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia, salvo que la ley lo permita lo contrario. Sin embargo, existen ciertos fines para los cuales podemos divulgar notas de psicoterapia sin obtener su autorización escrita, incluyendo los siguientes:

(1) llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos u operaciones sanitarias (por ejemplo, utilizarlos para fines de su tratamiento, para nuestra propia formación y defendernos en una acción legal u otro procedimiento interpuesto por usted),

(2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento de la ley,

(3) según lo requiera la ley,

(4) para actividades de supervisión sanitaria autorizadas por la ley,

(5) a forenses o forenses según lo permita la ley estatal, o

(6) con el propósito de prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

Información genética: Debemos obtener su autorización por escrito específica antes de utilizar o divulgar su información genética para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. Podemos utilizar o divulgar tu información genética, o la información genética de tu hijo, sin tu autorización por escrito, solo cuando la ley lo permita.

Marketing: Debemos obtener tu autorización para cualquier uso o divulgación de tu información sanitaria protegida para marketing, salvo si la comunicación consiste en (1) una comunicación cara a cara contigo o (2) un regalo promocional de valor nominal.

Venta de información protegida: Debemos obtener su autorización antes de recibir una remuneración directa o indirecta a cambio de su información de salud; sin embargo, dicha autorización no es necesaria cuando el propósito del intercambio es:

- Actividades de salud pública;
- Fines de investigación, siempre que solo recibamos una tarifa razonable basada en costes para cubrir el coste de preparar y transmitir la información con fines de investigación;
- Fines de tratamiento y pago;
- Operaciones sanitarias que implican la venta, transferencia, fusión o consolidación de todo o parte de nuestro negocio y para la debida diligencia relacionada;
- Pago que ofrecemos a un socio comercial por actividades que impliquen el intercambio de información sanitaria protegida que el socio comercial realiza en nuestro nombre (o que el subcontratista realiza en nombre de un socio comercial) y la única remuneración proporcionada es por la realización de dichas actividades;
- Proporcionarte una copia de tu información sanitaria o un registro de las divulgaciones;
- Divulgaciones exigidas por ley;
- Divulgación de tu información sanitaria para cualquier otro propósito permitido y de acuerdo con la Norma de Privacidad de HIPAA, siempre que la única remuneración que recibimos sea una tarifa razonable basada en costes para cubrir el coste de preparar y transmitir tu información sanitaria con tal fin o sea una tarifa expresamente permitida por otra ley; o
- Cualquier otra excepción permitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

DERECHOS QUE TIENES RESPECTO A TU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA:

Acceso a tu información sanitaria protegida: Tienes derecho a copiar y/o inspeccionar gran parte de la información sanitaria protegida que conservamos en tu nombre. Para la información

sanitaria protegida que mantenemos en cualquier conjunto de registros electrónicos designados, puede solicitar una copia de dicha información sanitaria en un formato electrónico razonable, si es fácilmente producible. Las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito y firmarse por usted o su representante legal. Puede obtener un "Formulario de Acceso del Paciente a la Información Sanitaria" de la persona de la oficina principal. Se te cobrará una tarifa razonable de copia y los costes reales de envío y envío por tu información sanitaria protegida. Si solicitas copias adicionales, se te cobrará una tasa por copia y envío.

Enmiendas a su información sanitaria protegida: Tiene derecho a solicitar por escrito que la información sanitaria protegida que mantenemos sobre usted sea enmendada o corregida. No estamos obligados a realizar las enmiendas solicitadas, pero consideraremos cuidadosamente cada solicitud. Todas las solicitudes de enmienda deben estar por escrito, firmadas por ti o por tu representante legal, y deben indicar los motivos de la solicitud de enmienda o corrección. Si se realiza una solicitud de enmienda o corrección, podemos notificar a otros que trabajen con nosotros si consideramos que dicha notificación es necesaria. Puede obtener un "Formulario de Solicitud de Enmienda" de la persona de la oficina principal o de la persona responsable de los registros médicos.

Contabilización de las divulgaciones de tu información sanitaria protegida: Tienes derecho a recibir un registro de ciertas divulgaciones hechas por nosotros sobre tu información sanitaria protegida después del 14 de abril de 2003. Las solicitudes deben hacerse por escrito y firmarse por ti o tu representante legal. Los "Formularios de Solicitud Contable" están disponibles por la persona de la oficina principal o responsable de los registros médicos. La primera contabilidad en cualquier periodo de 12 meses es gratuita; Se te cobrará una comisión por cada cuenta que solicites en el mismo periodo de 12 meses. Se te notificará la tasa en el momento de tu solicitud.

Restricciones sobre el uso y divulgación de tu información sanitaria protegida: Tienes derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de tu información sanitaria protegida para tratamiento, pago o operaciones sanitarias. No estamos obligados a aceptar la mayoría de las solicitudes de restricción, pero intentaremos adaptarnos razonablemente cuando sea apropiado. Sin embargo, tienes derecho a restringir la divulgación de tu información sanitaria protegida a un plan de salud si la divulgación es para realizar pagos u operaciones sanitarias y no es requerida por ley de otro modo, y la información sanitaria protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio sanitario para el cual, o que alguien que no sea el plan de salud en tu nombre haya pagado a ESE Mental Health en su totalidad. Si aceptamos cualquier restricción discrecional, nos reservamos el derecho de eliminarlas según corresponda. Le notificaremos si eliminamos una restricción impuesta conforme a este párrafo. También tienes derecho a retirar, por escrito o oralmente, cualquier restricción comunicando tu deseo de hacerlo a la persona responsable de los historiales médicos.

Derecho a la notificación de incumplimiento: Tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información sanitaria protegida mediante las salvaguardas adecuadas. Le notificaremos en caso de que ocurra una brecha relacionada o potencialmente relacionada con su información sanitaria no protegida y le informaremos de las medidas que debe tomar para protegerse.

Copia en papel de este aviso: Tiene derecho, incluso si ha aceptado recibir notificaciones electrónicamente, a obtener una copia en papel de este aviso. Para ello, por favor envíe una solicitud al Responsable de Privacidad en la dirección que aparece abajo.

Quejas: Si crees que se han violado tus derechos de privacidad, puedes presentar una queja por escrito ante el Responsable de Privacidad. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en la dirección siguiente. No habrá represalias por presentar una queja.

Oficina de Derechos Civiles Departamento de HHS Edificio Federal Jacob Javits 26 Federal Plaza – Suite 3312 Nueva York, NY 10278 Teléfono de voz (212) 264-3313 FAX (212) 264-3039 TDD (212) 264-2355 Para más información: Si tiene preguntas, necesita asistencia adicional o desea presentar una solicitud conforme a este Aviso, puede contactar por teléfono con el Responsable de Privacidad de Salud Mental de ESE: 229-422-3661 o en la siguiente dirección: 1539 Old Valdosta Rd Ray City, GA 31645

Este Aviso de Prácticas de Privacidad también está disponible en nuestra página web de ESE MENTAL HEALTH en https://esementalhealth.com/privacy-policy/

POLÍTICA FINANCIERA Y TARIFA

ESE MENTAL HEALTH coopera aceptando reembolsos de terceros por parte de las aseguradoras de nuestros pacientes.

Tu seguro de salud es un contrato entre tú y tu compañía de seguros y debe considerarse un método para ayudar a pagar la atención médica. Como servicio para ti, contactaremos con tu compañía de seguros antes de tu primera cita para intentar verificar tus beneficios (si nos proporcionas la información antes de acudir). Ten en cuenta que las compañías de seguros NO garantizan el pago de los servicios por teléfono, y tú eres responsable en última instancia de cualquier gasto si tu seguro no paga lo que esperabas. Te conviene conocer los beneficios de tu salud mental ambulatoria antes de acudir a tu primera cita. Presentaremos reclamaciones a tu compañía de seguros si nos proporcionas información actualizada sobre el seguro. Dependiendo de la compañía de seguros, nuestras tarifas pueden o no considerarse habituales y habituales. Las compañías de seguros utilizan muchas ecuaciones diferentes para formar una tabla de tarifas.

La política de nuestra clínica exige que todos los copagos y tasas de visita previstos se cobren en el momento del servicio. Estos pagos pueden aplicarse contra deducibles no cumplidos aplicables. Si tu seguro paga más de lo previsto, se acreditará tu cuenta. Aceptamos cheques y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, Novus/Discover). Habrá una comisión de 30 dólares por cualquier cheque devuelto.

Los cheques pueden enviarse por correo a: ESE Salud Mental
1539 Old Valdosta Rd.
Ray City, GA 31645

El paciente es en última instancia responsable del pago puntual de los servicios prestados. Cualquier saldo pendiente de cuenta tras 90 días debe ser adeudado íntegramente por el paciente. Es responsabilidad del paciente negociar con la compañía de seguros cualquier servicio no remunerado.

Pago privado:

Si pagas las visitas de forma privada (no a través de una compañía de seguros), nuestra póliza de clínica requiere pago en el momento del servicio. Los métodos de pago aceptados son las tarjetas de crédito. Por favor, prepárate para realizar el pago en el momento de tu visita. Si tiene preguntas sobre las tarifas de la clínica y los descuentos disponibles para pacientes de pago privado, por favor contacte con nuestro personal de consulta.

Incumplimiento de pago Nuestro equipo de proveedores de salud mental y sustancias, así como el personal de recepcionistas, ofrece atención confidencial, compasiva y eficaz a nuestros pacientes. Nos ajustamos a los más altos estándares de práctica ética y atendemos tus necesidades de buena fe. Para seguir ofreciendo estos servicios a ti y a otras personas de nuestra comunidad, esperamos el pago por los servicios prestados de manera puntual. Si surgen circunstancias excepcionales, por favor consulte con nuestro personal de facturación sobre un acuerdo de pago aceptable. No hacerlo puede resultar en que tu cuenta sea enviada a nuestra agencia de cobro y que sea necesario reducir las sesiones de tratamiento adicionales hasta que la situación financiera se resuelva o se libere de la clínica.

ESE MENTAL HEALTH coopera aceptando reembolsos de terceros por parte de las aseguradoras de nuestros pacientes. Te pedimos que leas tu póliza para asegurarte de que eres plenamente consciente de cualquier limitación de los beneficios ofrecidos. En última instancia, eres responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto por tu seguro. Es importante que asistas a todas las sesiones programadas con tu médico para obtener el máximo beneficio del tratamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO TELEMENTAL EN SALUD MENTAL

Por la presente consiento participar en la telesalud mental como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la telesalud mental es la práctica de prestar servicios de atención clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que están ubicados en dos ubicaciones diferentes. Entiendo lo siguiente respecto a la telesalud mental:

1. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a futuros cuidados, servicios o beneficios de programa a los que de otro modo tendría derecho.

2. Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados a la telesalud mental, incluyendo, pero no limitándose a, la interrupción de la transmisión por fallos tecnológicos, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.

3. Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones online por ninguna de las partes. Toda la información divulgada durante las sesiones y los registros escritos relacionados con dichas sesiones es confidencial y no puede ser divulgada a nadie sin autorización por escrito, salvo cuando la divulgación esté permitida y/o exija la ley.

4. Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información sanitaria protegida (PHI) también se aplican a la telesalud mental, salvo que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, denuncia obligatoria de abuso infantil, mayor o adulto vulnerable; peligro para uno mismo o para otros; Planteo la salud mental/emocional como un tema en un procedimiento legal).

5. Entiendo que si tengo pensamientos suicidas u homicidas, experimento síntomas psicóticos activos o una crisis de salud mental que no puede resolverse a distancia, puede determinarse que los servicios telementales no son apropiados y que se requiere un nivel de atención más alto.

6. Entiendo que durante una sesión de telesalud mental podríamos encontrarnos con dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, termina y reinicia la sesión. Si no podemos volver a conectar en diez minutos, por favor llámanos al 229-422-3661 para hablar, ya que puede que tengamos que reprogramar.