

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C.

Aviso de los Derechos de Privacidad y Practica

Bajo HIPPA (Acto de Portabilidad y Responsabilidad del seguro de Salud) en 1996, como paciente usted tiene derechos específicos de privacidad. El propósito de este documento es para notificárselo.

Los siguientes son sus derechos como paciente:

1. El derecho de examinar su propia información de salud y obtener una copia (no incluyendo las notas de psicoterapia).
2. El derecho de pedir una enmienda sobre su información de salud (no incluyendo notas de la psicoterapia)
3. El derecho de recibir cualquier información al respecto a los accesos a sus tratamientos y pagos.
4. El derecho de pedir una restricción del uso y acceso a su información.
5. El derecho de someter una queja de privacidad con su proveedor y/o la Secretaria de HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos). Para someter una queja con su proveedora usted debe hacerlo por escrito y puede dársela a Rosario Ortigao en su próxima cita o enviarla por correo.
 - a. Para someter una queja con la Secretaria de HHS, puede hacerlo por el internet en la siguiente página de internet: <http://cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp> o puede enviarla por escrito a: HIPAA Complaint, 7500 Security Blvd, C5-24-04 Baltimore, MD, 21244. Su proveedora puede darle el formulario correcto para enviar quejas por correo. La información necesitada para someter una queja es su información de contacto (nombre, dirección, número de teléfono), el nombre del proveedor de quien está sometiendo la queja, el número de identificación de impuestos del proveedor, número de identificación de Medicare si es aplicable, el nombre de contacto en la oficina del proveedor, la dirección y número de teléfono.

Como su proveedora, la ley federal y HIPAA requieren que yo proteja su información de salud y transmita solamente lo mínimo necesario para los propósitos de tratamiento, pagos, o operaciones de cuidado de salud, a menos que sea autorizada por usted.

Confidencialidad- Nadie revelara información sobre su asesoramiento a personas fuera de esta oficina excepto si:

1. Usted da la autorización por escrito
2. La vida o seguridad es seriamente amenazada (incluyendo abuso de niños/los mayores de edad.
3. el acceso es requerido por la ley (por ejemplo, si un juez de su interés en los registros)
4. Si usted presenta un reclamo de beneficios y el pagador de la cuenta o su compañía de seguros requiere información.
5. Los archivos son auditados por Quality Assurance (Aseguranza de Calidad)
6. O el IRS
7. Elijo revelar información anónima relacionada con su caso con el propósito de consultas clínicas y profesionales y/o propósitos educativos
8. Si a través de la utilización de un fax o un teléfono celular, su información inadvertidamente cae en manos de alguien que no sea la destinada.
9. Otras personas que pueden tener acceso limitado a su archivo y/o pueden saber de su nombre asociado a nuestra relación de asesoramiento pueden incluir, sin limitarse a: cualquier persona que trabaje para mi, el banco (al depositar el cheque), compañías de colecciones, la corte de bancarrota, los empleados del edificio o el propietario del edificio, el equipo de emergencia (en caso de incendio).

Pagos- Los pagos son debidos el día que es dado el servicio. Su firma indica que usted acepta toda la responsabilidad por el pago de los servicios y que entiende que se necesitan 48 horas de anticipación para

cancelar una cita y sin 2 días de negocio completos de anticipación, debe pagar la tarifa completa de \$200.00 (si tiene una cita el lunes, la debe cancelar el jueves temprano o miércoles en la noche). Si usted tiene un plan de seguro de salud, sin costo alguno para usted y como muestra de cortesía, les cobraremos a ellos y le cobraremos a usted un copago y / o deducible de \$_____ si corresponde (que es su responsabilidad de mantenerse al día con su seguro y los beneficios específicos).

Padres: Su firma es su permiso de mi tratamiento del Menor y su reconocimiento que si el/ella tiene 18 años o más pero fueron traídos por usted, que usted es responsable por los pagos. Las consultas por teléfono se pagan de acuerdo con mi tarifa por hora. Cualquier porción de mi tiempo dedicado a asuntos legales será cobrada a \$375. El no pagar puede resultar en la terminación de los servicios profesionales y el comienzo de actividad de colección. (\$40 adicionales). Emails y textos necesitan ser seguros, i.e., por medios encriptados. Cualquier contacto fuera de la cita no es cubierto, en general, por el seguro; el intercambio de email es \$50 (si largo, se aplica el costo regular de cada hora). Su firma es prueba de que entiende este documento en su totalidad y acepta como los términos de su participación en este tratamiento. Todo en este documento sigue en efecto hasta que sea revocado por escrito. Si se hace un cambio a este documento mientras esté involucrado activamente en tratamiento, será notificado/a y será proveído con otro documento para firmar y una copia. Nombra a **la siguiente persona como su contacto en caso de emergencia**, y no atribuye ningún cargo contra Rosario Ortigao, si hay alguna necesidad de notificar la persona nombrada:

_____ # Teléfono_____

Consentimiento General

Yo doy mi consentimiento a Rosario Ortigao y sus colegas de revelar mi información protegida de salud (PHI) a una tercera entidad para el propósito de tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado médico. Yo entiendo que para que mis notas de terapia sean entregadas a cualquier entidad yo debo firmar un formulario de “Autorización para compartir información”. Yo entiendo que tengo el derecho de ver el formulario de Derecho de Privacidad y Practica de Rosario Ortigao y de exigir restricciones sobre cómo y con quien mi información protegida de salud puede ser compartida. Yo entiendo todo lo que e leído en su totalidad y reconozco que e recibido una copia hoy. _____
(Iniciales)

Firma del paciente

Testigo

Firma del Padre/Madre

Fecha

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACION PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

Yo autorizo a la práctica de Rosario Ortigao, L.M.H.C., de mantener mi firma archivada y cobrar a mi tarjeta de crédito para:

- Cargos de citas atendidas (copagos o pagos debidos por servicios dados)
- Cargos por citas no cumplidas (las que no se han cancelado con dos días hábiles de anticipación)
- Balances de cobros no pagados por el seguro o yo mismo/a dentro de un periodo de 90 días

Entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización a cualquier hora con una solicitud escrita.

Nombre del Cliente: _____

Nombre en la Tarjeta de Crédito: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

____ Visa No. de Cuenta: _____

____ Master Card Dia de Vencimiento: _____

____ Discover CW2/CID: _____

____ American Express Firma: _____

Rosario Ortigao, LMHC, se compromete a solo cobrar por servicios dados o por citas no cumplidas o canceladas con menos de dos días hábiles de anticipación.

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

INFORMACION DE BENEFICIOS

Razón de Visita: _____ Dia de primera llamada: _____ Dia de la 1ª. Cita: _____

Nombre del Paciente: _____ Padre(s): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Nombre del Seguro: _____

Tel. Del Seguro: _____ Condiciones Preexistentes, especialmente relacionadas con la razón

De visita: _____ No. de Autorización: _____

Fecha de Comienzo/Fin de Autorización: _____ Cuantas visitas? _____

Persona Asegurada: _____ Empleo del Asegurado: _____

No. de ID/Póliza: _____ Plan/Grupo No. _____

Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ No. Del Seguro Social: _____

Dirección del Asegurado: _____

Dirección de reclamos de salud: _____

Quien/Como fue referido a esta oficina? _____

Deducir en la Red: _____ Deducir fuera de la Red: _____

Copago en la Red: _____ Copago fuera de la Red: _____

Máximo Anual en la Red: _____ Máximo Anual fuera de la Red: _____

Limite Máximo de Servicios ambulatorios por vida: _____

Limite Máximo de Servicios Internos por vida: _____

Costo: _____ Dia Efectivo: _____ Nombre del representante, hora y fecha : _____

ROSARIO C. ORTIGAO, M.A.
LICENSED MENTAL HEALTH COUNSELOR
NATIONAL CERTIFIED COUNSELOR

INFORMACION DEL CLIENTE

FECHA: E-mail:

Nombre: Nombre de esposo/a:

Dirección: Cel del esposo/a:

Número del cel.: Del Trabajo: ¿Puedo dejar msg?:

Fecha de nacimiento: Pronombres preferidos:

Estado civil: Por cuanto tiempo: Cuantos matrimonios:

Ocupación: De su esposo/a:

Nombres de sus hijos y sus edades:

¿Alguien más vive con usted?

Religión:

Asesoramiento Previo (Proveedor, fecha, y cuanto duro):

Porque fue asesorado/fue útil?

Tiene algún problema de salud (incl. alergias):

¿Toma medicamento? (medicina/dosis/frecuencia/desde cuándo/para qué?)

Última visita al médico: Nombre del doctor:

¿Razón de visita?

¿Ha sido hospitalizado? (fecha y razón):

¿Ha sentido alguna vez culpable por beber / drogarse?

¿Se ha sentido molesto con las personas que critican esto?

¿Alguna vez ha pensado que debe parar?

¿Alguna vez ha tomado más en la mañana para aliviarse de una resaca?

Nombre: _____

I.D. # _____

ROSARIO ORTIGAO, M.A., L.M.H.C

Por favor marcar las cajas si usted esta PRESENTEMENTE experimentando los síntomas abajo.

Por favor ponga una estrella(*) al lado de los que ha experimentado por mucho tiempo. (9 meses o más para adultos, 3 meses para niños)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Dificultad para concentrarse | ☐ Incomodidad en las multitudes | ☐ Miedo sin razón |
| ☐ Nerviosismo | ☐ Mente en blanco | ☐ temeroso |
| ☐ Preocupación excesiva | ☐ Impulso a repetir comportamientos absurdos | ☐ Evitar lugares porque son aterradoras |
| ☐ El pensamiento y el lenguaje confundido | ☐ Sensación de pánico | |
| ☐ Ansiedad | | |
| | | |
| ☐ Despierta durante la noche o más temprano que de costumbre | ☐ Pérdida de peso reciente | ☐ Depresión |
| ☐ No puede pasar un buen rato | ☐ No tiene interés en las cosas | ☐ Lloro con mas frecuencia |
| | ☐ Está cansado la mayoría del tiempo | ☐ Sentimientos de desesperanza |
| | | ☐ Se siente inútil |
| | | |
| ☐ Siente que la culpa es de otros | ☐ Las otras personas no le dan el reconocimiento que merece | ☐ Tiene ideas o creencias que los demás |
| ☐ Siente que la mayoría de la gente no se puede confiar | ☐ Las otras personas se aprovechan de usted | ☐ Siente que lo están observando o hablando de usted |
| | | |
| ☐ Sensación de debilidad e algunas partes de su cuerpo | ☐ Dolores de cabeza | ☐ Sensación de tener un nudo en la garganta |
| ☐ Latidos cardiacos rápidos | ☐ Mareo o desmayos | ☐ Nauseas o malestar estomacal |
| ☐ Problemas con la visión o la audición | ☐ Falta de apetito | ☐ Periodos de calor o frio |
| | ☐ Cambio de sensibilidad en partes de su cuerpo | |
| | ☐ Temblores | |
| | | |
| ☐ Experimenta olores extraños | ☐ Escucha voces que otros no escuchan | ☐ Siente que algo no esta bien en su mente |
| ☐ Siente que algo es inusual | ☐ Tiene experiencias extrañas y peculiares | ☐ Ve cosas que otros no ven |
| ☐ Nunca se siente apegado a otra persona | ☐ Viaja a lugares sin saber como llego allí | |
| ☐ Tiene pensamientos extraños | | |
| | | |
| ☐ Quiere romper cosas | ☐ Quiere lastimar a alguien | ☐ Se siente como si estuviera perdiendo el control de todo |
| ☐ Inquietud | ☐ Se irrita con facilidad | ☐ Se quiere lastimar |
| ☐ Estallidos de mal genio | ☐ Pierde control de sus impulsos | |
| ☐ Sentimientos de “querer acabar con todo” | ☐ Ha intentado suicidarse | |
| | | |
| ☐ Problemas financieros | ☐ Dificultad en el estudio | ☐ No está feliz con su empleo actual |
| ☐ No puede encontrar o mantener un empleo | ☐ Problemas legales | ☐ Esta tomando alcohol |
| ☐ Usa drogas | ☐ Tiene costumbres no deseadas | |
| ☐ Dificultad leyendo | | |
| | | |
| ☐ No se lleva bien con otras personas | ☐ Dificultad comunicándose | |
| ☐ Problemas socializando | ☐ Preocupado por sexo | |
| ☐ Las condiciones en su hogar son malas | ☐ Ha sido abusado | |
| ☐ Se siente inferior a otras personas | | |

ROSARIO ORTIGAO, M.A.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de hoy _____

Escala de calificación de Inicio y / o del resultado

Mirando hacia atrás en la última semana o dos, incluyendo hoy, ayúdame a comprender cómo se ha sentido, indicando qué tan bien se ha estado sintiendo en las siguientes áreas de su vida. El de la izquierda representan los bajos niveles (cero: lo peor) y el lado de la derecha indican los altos niveles (10: el mejor).

Socialmente
(Trabajo, escuela, amistades)

0-----10

Interpersonalmente
(Familia, las relaciones cercanas)

0-----10

Individualmente
(Bienestar personal)

0-----10

Bienestar General

0-----10