



8307 Brimhall Rd. Ste.1706

Bakersfield, CA 93312

P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804

Bakersfield, CA 93312

P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1

Bakersfield, CA 93313

P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
INFORMACIÓN DE CONTACTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO: MASCULINO / FEMENINO **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

Teléfono de Casa: _____ **CELULAR:** _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

Referido por: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

PORTADOR PRIMARIO: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ **NÚMERO DE GRUPO:** _____

Nombre del Asegurado: _____ **RELACIÓN:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ **SEGURO SOCIAL:** ____ - ____ - ____

PORTADOR SECUNDARIO (Incluir cualquier plan de medical o medicare): _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ **NÚMERO DE GRUPO:** _____

Nombre del Asegurado: _____ **RELACIÓN:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ **SEGURO SOCIAL:** ____ - ____ - ____

COMO PACIENTE, O TUTOR LEGAL DEL PACIENTE COMO MENOR, ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. ESTA OFICINA PUEDEN FACTURAR A MI ASEGURANZA CUANDO SEA NECESARIO. YO SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS CUBIERTOS. AUTORIZO ESTA OFICINA PARA LIBERAR MI INFORMACIÓN PARA PROCESAR EL PEDIDO.

PARA LOS PACIENTES MENOR DE 18 ANOS: POR LA PRESENTE CERTIFICO TENGO TUTELA LEGAL DEL PACIENTE PARA HACER LAS DECISIONES DE LA SALUD.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

POR ESTE MEDIO AUTORIZO KERN PSYCHIATRIC HEALTH AND WELLNESS (KPHW). PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA DE ARRIBA, COMPAÑÍA DE ASEGURANZA NOMBRADO O UN ABOGADO DESIGNADO PARA EL PROPÓSITO DE RECLAMOS DE ADMINISTRACIÓN Y REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA FINANCIERA. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECE VÁLIDO Y EFICAZ DE LA FECHA DE LA FIRMA HASTA REVOCADO POR ESCRITO.

YO ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN.

LEÍ ESTA AUTORIZACIÓN Y ENTIENDO.

POR ESTE MEDIO ASIGNÓ A KPHW TODO EL DINERO A LOS QUE TENGO DERECHO A LA DE MÉDICO Y / O GASTOS QUIRÚRGICOS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR KPHW, PERO NO PARA EXTENDER MI ENDEUDAMIENTO PARA DICHO EL MÉDICO Y / O CIRUJANO.

YO ENTIENDO QUE EL DINERO RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA DE ASEGURANZA ARRIBA MENCIONADO POR ENCIMA DE MI ENDEUDAMIENTO SERÁ EVALUADO A MI CUENTA.

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE PARA KPHW PARA CARGOS NO CUBIERTOS AL PRESENTE ACUERDO.

ESTOY DE ACUERDO EN EL CASO DE FALTA DE PAGO ASUMIRÁ EL COSTO DE LAS COLECCIONES Y/O GASTOS DE CORTE Y HONORARIOS LEGALES RAZONABLES SI ESTO FUERA NECESARIO.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

TRATAMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ autorizo y solicito que Psychiatric Wellness Center proporcione el tratamiento que se recomienda en el curso de mi cuidado como paciente. La frecuencia y el tipo de tratamiento se decidirá entre el profesional y yo.

Entiendo que si cualquier medicamento se llegue a recetar durante el curso de mi tratamiento que los efectos secundarios de riesgo y se explicarán a mí en ese momento y que puedo solicitar para detener medicamentos en cualquier momento. Estoy de acuerdo en discutir la decisión de interrumpir la medicación y los efectos secundarios posibles que pueden ocurrir a partir de esta decisión con el profesional antes de actuar sobre esta decisión.

Entiendo que el máximo beneficio se producirá con una asistencia constante y el cumplimiento del tratamiento (medicamentos. Asesoramiento, etc.) según lo sugerido por el profesional, pero no es garantía de los resultados del tratamiento se puede esperar.

Información Importante para Los Pacientes

Por favor sepa que nosotros **no** proporcionamos evaluaciones (diagnósticos) o tratamientos para casos de la corte (litigios). Litigios incluyen casos penales, el divorcio, lesiones personales y tipos de angustia emocional de los casos, entre otros. Si usted está buscando una evaluación y tratamiento para un propósito litigio, le recomendamos que conserve con un médico y/o psicólogo que efectúen este tipo de evaluaciones y tratamiento legal.

Los proveedores de la Psychiatric Wellness Center **no** proporcionan evaluaciones de litigio o tratamientos; nuestro propósito es estrictamente para ayudarle.

_____ He leído y entendido esta forma de tratamiento de Consentimiento.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

LISTA DE PRÁCTICAS

A continuación se presenta una lista de prácticas que permite uso más eficiente de su tiempo y la del médico y las prácticas del médico.

Por favor, de autorizar las prácticas específicas con su **iniciales** en los espacios correspondientes y firmar abajo.

1. _____ Doy permiso a Psychiatric Wellness Center (PWC) llamar y recordarme por teléfono de mis citas. Este permiso se extiende a permitir PWC para dejar un recordatorio de mi cita en mi máquina de mensaje o correo de voz.
2. _____ Doy permiso que el proveedor pueda usar mi nombre en la sala de espera para mi sesión.
3. _____ Doy permiso que se envíe por fax toda mi información, esencial, personal médica, farmacia, HMO, proveedor de aseguranza, hospital, y / o otro proveedor médico involucrados en mi tratamiento. (Es decir: fax una autorización para rellenar la medicina a su farmacia)
4. _____ Yo Entiendo si estoy mas de 10 minutos tardes a mi cita , La cita se va reprogramar y el cargo de cita perdida será puesta en su cuenta.
5. _____ Yo Entiendo si el paciente es menos de (18 Anos) los padres, o guardian tiene que acompañar el paciente al tiempo de la cita.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

ARREGLO DE CITA PERDIDA

SUS INICIALES Y FIRMA INDICAN QUE ESTÁ DE ACUERDO Y ENTIENDE LO SIGUIENTE:

_____ Es mi responsabilidad notificar a: Psychiatric Wellness Center 24 horas antes de mi cita, si tengo la intención de cancelar esa cita. No se aceptan cancelaciones por nuestro servicio de contestador que es disponible después de horas..

_____ Entiendo que me se cobrará , la cantidad de **\$50 .00** por consultas y **\$35.00** por citas regulares, si la cita es pérdida y/o es cancelada tarde. Si pierde su cita, o cancela su cita tarde, programada para un examen Psicológico o evaluación Neuropsicológica, se le cobrará la cantidad de **\$100.00**.

_____ Estoy de acuerdo en pagar esta cantidad en caso de que me olvide mi cita o no la cancelo, 24 horas antes de la cita programada.

_____ Entiendo que el pago es requerido antes de programar la próxima cita.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

Contrato de Cumplimiento de Medicamentos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo, los abajo firmantes, estoy de acuerdo en cumplir con todas las citas de gestión de medicamentos y planes de tratamiento con centro de Psychiatric Wellness Center entiendo que mi médico está requiriendo que yo regrese como médicamente necesario para estas citas (por su discreción).

1. Tomaré mi medicación según lo prescrito por mi doctor; Hablaré con mi médico antes de cambiar mi dosis.
2. No aceptare las mismas prescripcion de otros doctors.
3. Me haré cargo de mis medicamentos. Mi médico sólo reemplazará las prescripciones perdidas, robadas o dañadas a su discreción, y se me cobrará \$15 para rellenar.
4. Mi médico sólo aprobará los recambios tempranos a su discreción, y se me cobrará \$15 para rellenar.
5. Mi médico no aprobará las recetas cuando el consultorio del médico esté cerrado.
6. Solicitaré todos los rellenos de medicamento llamando a mi farmacia y pidiendo que envíen por fax el pedido durante las horas de consultorio del médico por lo menos 5 días antes de tomar mi última dosis de mi medicación.
7. Sé que mi médico puede cambiar o detener mi medicina si no alivia mis síntomas.
8. Entiendo que si pierdo mi cita debo hacer una cita y mis meditaciones sólo serán rellenas hasta esa fecha, y se me cobrará \$15 dolares para rellenar.
9. Yo entiendo que me tendrán que ser visto al menos cada 3 meses para mantener los servicios.
10. Entiendo que si no he sido visto en 6 meses que no se darán recargos de medicamento y tendré que hacer una cita de nuevo paciente.
11. Entiendo que si mi médico receta una sustancia controlada, se me pedirá que me someta a una evaluacion de drogas. Evaluacion de drogas es un examen de laboratorio en el cual se comprueba una muestra de mi orina para ver qué medicamentos estoy tomando.

Entiendo que si este contrato se rompe en cualquier momento o si mi médico siente que estoy abusando de cualquier medicación de la prescripción, los servicios con PWC serán interrumpidos inmediatamente y una remisión a otra facilidad será dada junto con un suministro final de 30 días de Medicamentos.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo de la ***notificación de privacidad prácticas de Psychiatric Wellness Center***. Nuestro aviso de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Te animamos a leerla en su totalidad.

Nuestro ***aviso de prácticas de privacidad*** está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado por escrito a Psychiatric Wellness Center 8329 Brimhall Rd. Ste. 804 Bakersfield, CA 93312.

Acuso recibo de la ***Notificación de Privacidad Prácticas de Psychiatric Wellness Center***.

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Esta autorización vence el (fecha): _____ - _____ - _____ **(fecha vencimiento)**

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ - _____ - _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a PSYCHIATRIC WELLNESS CENTER

a divulgar a: _____

Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información

_____ *Domicilio — calle* *ciudad* *estado* *código postal* *Número de teléfono*

para recibir registros de: _____

Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información

_____ *Domicilio — calle* *ciudad* *estado* *código postal* *Número de teléfono*

La siguiente información:

Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido:

O, Sólo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas)

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

Información sobre tratamiento de salud mental _____ **(inicial)**

Resultados de análisis de VIH _____ **(inicial)**

Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción _____ **(inicial)**

**Se requiere una autorización adicional para permitir la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.*

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
Bakersfield, CA 93312
P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

OBJETIVO Objetivo del uso o divulgación solicitados: Solicitud de paciente; O Otro:

Limitaciones, si existen:

MIS DERECHOS

*Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

*Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

*Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: 8329 Brimhall Rd. #804 Bakersfield, CA 93312.

*El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede Volver a divulgar la. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.

FIRMA

Fecha: _____

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de teléfono del paciente

Dirección de casa

ciudad

estado código postal

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste _____

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8307 Brimhall Rd. Ste.1706
 Bakersfield, CA 93312
 P: (661)471-2408 F: (661)471-2414

8329 Brimhall Rd. Ste. 804
 Bakersfield, CA 93312
 P: (661)431-1555 F: (661)381-7670

6313 Schirra Ct. Ste. 1
 Bakersfield, CA 93313
 P: (661)323-6410 F: (661)323-0634

www.psychwellnesscenter.com

Coordinación de la atención

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica.

Información Del Proveedor		Información De Paciente:	
Nombre de Proveedor:		Nombre de Paciente:	
Telefono:	Fax:	Fecha de nacimiento:	
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA			
Autorizo a: Kern Psychiatric Health and Wellness Center Inc.		Divulgar a:	
<p>Vencimiento: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en persona. Esta autorización vence el (fecha)_____.</p>			
If Member Does Not Authorize Release of PHI - *You are not required to share this information.			
<p>_____ I do not authorize information about my physical and/or behavioral health treatment to be released.</p>			
Member's Signature		Date of Member's Signature	
<p>Please check this box if the reason you are not releasing information is because you do not have a primary care provider: <input type="checkbox"/></p>			
Information to Be Released			
<p>The only information this Coordination of Care Form authorizes for release is this one-page Notification of Treatment, including the information below. *No additional records will be released without a signed Authorization for Release.</p>			
Healthcare Coordination Information	Medications	Dosages	
Treatment Start Date:			
Medication Managed by:			
ICD-10-CM:			
Treatment Plan:			

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____