ADVANCED PAIN CARE

INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

EXPECTATIVAS DE TELETERAPIA:

Entiendo que, en general, el objetivo de la terapia es ayudarme a aprender a sobrellevar de forma independiente mi dolor crónico y las exigencias de la vida, y que, dependiendo de las necesidades individuales, la duración de la terapia varía. Soy consciente de que ciertos efectos son posibles al participar en el proceso de asesoramiento, como un aumento del estrés, la incomodidad emocional y la interrupción de las relaciones interpersonales y familiares actuales. Tengo derecho a terminar la terapia en cualquier momento y por cualquier motivo y entiendo que el terapeuta me hará derivaciones a otros profesionales si lo solicito. **Se recomienda encarecidamente que cualquier decisión de terminar la terapia o de cambiar a otro proveedor se comunique con el terapeuta.** Por la presente consiento participar en servicios de teleterapia. Entiendo que la teleterapia incluye consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, vídeo o datos. Entiendo que la teleterapia también implica la comunicación de mi información médica/mental, tanto oral como visualmente. Entiendo que tengo los siguientes derechos respecto a la teleterapia: Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también protegen la teleterapia, incluyendo, pero no limitándose a, la posibilidad de que la transmisión de mi información pueda verse interrumpida o distorsionada por fallos técnicos; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas a pesar de usar software que cumple con HIPAA. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en teleterapia pueden no ser tan completos como los presenciales.

RELACIÓN TERAPÉUTICA:

La relación entre terapeuta y cliente es el recipiente a través del cual puede producirse el cambio del cliente. Por ello, suele ser una víncula en la que se desarrollan lazos emocionales estrechos. También es una relación profesional, en la que deben mantenerse los límites adecuados. En su mayor parte, la relación terapéutica comienza y termina en la consulta de terapia. Aunque a veces es difícil de entender, es un requisito necesario para el mantenimiento del entorno terapéutico. Por tanto, no se puede esperar que tu terapeuta esté involucrado en una relación social o amistad de ningún tipo que exista fuera de la sala de terapia.

ORIENTACIÓN Y CREDENCIALES DEL TERAPEUTA:

Existen muchos enfoques diferentes para el proceso terapéutico. Tu terapeuta trabajará contigo para proporcionarte las intervenciones más adecuadas para tu(s) problema(s) y objetivos. Nuestros terapeutas utilizan una variedad de modalidades terapéuticas, incluyendo, pero sin excluir, EMDR, hipnosis, ACT y TCC. Por favor, comenta cualquier duda que tengas sobre tu tratamiento con tu terapeuta en cualquier momento durante el proceso. Todos los terapeutas pasan por un riguroso proceso de selección. Estamos comprometidos a seleccionar a los terapeutas más cualificados.

RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE:

Entiendo que mi sesión de terapia está reservada exclusivamente para mí, y este Acuerdo representa un compromiso por mi parte de tomar un papel activo en mi terapia. Por lo tanto, acepto lo siguiente:

- **Nombramientos**
  - Cada sesión de terapia tendrá **una duración de 20 a 60** minutos. Se discutirán con usted los diferentes tipos de cita.
- **Tarifa/Pago**
  - El pago se debe en el momento de la notificación
  - Si no se puede realizar el pago por el nombramiento actual, deben organizarse los arreglos para que el pago se realice antes de que termine el nombramiento siguiente.
  - Si no se realiza el pago por la cita actual antes de que termine el día de la siguiente cita, las sesiones pueden suspenderse hasta que se realice el pago.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Si más de una sesión no ha sido remunerada, puede resultar la terminación o suspensión de los servicios.

- **Puntualidad**
  - Llegaré puntualmente a la hora prevista.
  - En caso de que sepa que voy a llegar tarde a una cita, notificaré a los Servicios de Salud Conductual de APC.
  - Si llego tarde a una cita, acepto que la sesión termine a la hora habitual.
  - Si el terapeuta llega tarde, me asignarán la sesión completa.
- **Citas perdidas**
  - Si no puedo cumplir con una cita programada, notificaré a los Servicios de Salud Conductual de APC **con 24 horas** de antelación (512.244.4272)

CONFIDENCIALIDAD: El APC es una práctica multidisciplinar. Los proveedores de salud de salud tienen acceso completo a tus historiales médicos y el personal médico tiene acceso total a los historiales de salud de salud (BH). Sin embargo, si tienes antecedentes de trastorno por abuso de sustancias, esa información no se incluirá en tus historiales médicos sin consentimiento adicional. El terapeuta seguirá todas las leyes, normas, regulaciones, directrices y códigos de ética aplicables en relación con tu privacidad y la relación cliente/terapeuta en relación con las sesiones y los registros de asesoramiento. Sin embargo, debes tener en cuenta que existen excepciones a tu expectativa de privacidad respecto a las sesiones de asesoramiento y los registros de esas sesiones con el terapeuta. Esas excepciones incluyen ciertas situaciones en las que el terapeuta puede estar obligado a revelar dicha información, incluyendo casos:

- Que implica abuso o negligencia de menores o riesgo para menores
- Que implica abuso, negligencia o explotación de personas mayores o con discapacidad
- Que implique abuso, negligencia o conductas ilegales, poco profesionales o poco éticas en un centro de salud mental hospitalizado, un centro de tratamiento de dependencia química o un hospital que ofrece servicios integrales de rehabilitación médica
- Que involucra explotación sexual por parte de proveedores de servicios de salud mental o personas del clero
- Implicar abuso o negligencia en un centro de enfermería
- Cuando el cliente representa un peligro para sí mismo o para otros
- Relacionadas con ciertas auditorías de los Servicios de Salud Conductual de APC o de su programa
- Implicar la conducta inapropiada de un terapeuta u otro proveedor de servicios de salud mental

Compensación laboral – Si hay una reclamación de compensación laboral, tu seguro tiene acceso a tus registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la lesión laboral.

Puede haber otras situaciones en las que los Servicios de Salud Conductual o el terapeuta de APC puedan revelar dicha información sin una orden judicial, una citación judicial o tu consentimiento. Al firmar a continuación, reconoces que entiendes que tu expectativa de privacidad es limitada y que las comunicaciones entre clientes/terapeutas y los registros del terapeuta pueden ser divulgados a terceros. También aceptas que la información sobre facturación pueda compartirse con un tercero (como administradores de facturación de seguros y cobradores) y que tu caso pueda ser discutido con un supervisor de programa o un equipo de tratamiento, incluido el médico que lo remite y/o el tratante. Los Servicios de Salud Conductual de Advanced Pain Care utilizan un enfoque de equipo en la terapia y la información se comparte entre el terapeuta del personal y el supervisor según corresponda para garantizar la calidad profesional. Sin embargo, todo el personal de los Servicios de Salud Conductual del APC respeta los estándares de confidencialidad.

ADVANCED PAIN CARE

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

PROCEDIMIENTOS FUERA DE HORARIO

Si necesitas contactar con tu terapeuta fuera de la sesión, puedes hacerlo dejándole un mensaje a través del número principal de Advanced Pain Care en 512-244-4272 (ubicaciones de Austin), 806-350-7918 (ubicaciones de Amarillo) o 254) 741-6641 (ubicaciones de Waco/Killeen). SI ESTÁS EN CRISIS, POR FAVOR LLAMA A LA LÍNEA DE AYUDA 24 HORAS AL 512.472.HELP o al 911. Si estás fuera del área del condado de Travis, también puedes llamar al 988 (Línea Nacional de Prevención del Suicidio) o contactar con la Línea de Crisis enviando un mensaje de texto HOME a 741741. No somos una instalación de crisis.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN O QUEJAS CONTRA UN TERAPEUTA:

El terapeuta prestará servicios de manera profesional, conforme a todas las leyes, normas, regulaciones, directrices y códigos de ética y conducta aplicables respecto al terapeuta y la relación cliente/terapeuta. Cualquier insatisfacción con los servicios u otra queja debe discutirse con el terapeuta o con el supervisor del terapeuta. Si no cree que su queja fue gestionada de manera satisfactoria, por favor contacte con:

Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas (BHEC)
Atención: División de Cumplimiento
1801 Congress Ave. Ste 7.300
Austin, Texas 78701
Enforcement@bhec.texas.gov

La relación entre el terapeuta y el cliente se considera profesional. El código de ética profesional del terapeuta prohíbe cualquier otra relación entre el terapeuta y el cliente, incluyendo cualquier actividad no relacionada con el asesoramiento iniciada por el terapeuta o el cliente con el propósito de establecer una relación no terapéutica, como el contacto social.

AVISO DE DOCUMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): Nuestra consulta utiliza tecnología de inteligencia artificial (IA) dentro de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas (EHR) para ayudar con la documentación administrativa y clínica, incluyendo el dictado y la transcripción de las visitas a consulta.

ACUERDO:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y acepto todo lo que se dice en este Acuerdo, y autorizo el pago a los Servicios de Salud Conductual de APC. También autorizo a los Servicios de Salud Conductual de APC a facilitar cualquier información necesaria para tramitar mis reclamaciones de seguro u otras facturaciones a sus agentes.

_____ _____

Firma del cliente Fecha

_____ _____

Nombre del cliente Fecha

ADVANCED PAIN CARE

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (AOB), DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) Y ACUERDO FINANCIERO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** como su proveedor de atención sanitaria. A continuación se presenta nuestra Política Financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestras políticas de pago, no dude en preguntar al personal de nuestra oficina. Pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra Política Financiera antes de acudir a un proveedor de atención médica.

La parte del pago del paciente, incluyendo copago, deducible y/o saldo pendiente, debe devolverse en el momento en que se prestan los servicios, salvo que se hayan hecho acuerdos previos con el Departamento de Facturación.

Aceptamos la asignación con la mayoría de las principales compañías de seguros y los planes de proveedores participantes. Sin embargo, debes entender que:

1. Tu póliza de seguro es un contrato entre tú, tu empleador y la compañía de seguros. NO somos parte de ese contrato. Nuestra relación es contigo, no con tu aseguradora. Verificamos tus beneficios por cortesía y no garantizamos cobertura ni pago.
2. Todos los cargos son tu responsabilidad, pague o no tu compañía de seguros.
3. Las tarifas por servicios, junto con deducibles impagados y copagos, deben ser pagadas en el momento del tratamiento.
4. Si la compañía de seguros no paga tu saldo completo en un plazo de 30 días, te pedimos que contactes con la aseguradora para solicitar el pago puntual. Por favor, informa a nuestra oficina de la respuesta del transportista.
5. Los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo de cobro de 25.00 dólares. Si el cheque no se recoge en un plazo de 10 días, puede ser entregado a las autoridades.
6. La visita a la oficina no se presenta sin aviso de 24 horas y está sujeta a un cargo de 25.00 $.
7. La documentación que requiera la finalización por parte del proveedor conllevará un cargo de 75.00 dólares. Incluyendo, pero limitado a, discapacidad, FMLA, etc.
8. Los saldos impagados durante 90 días pueden estar sujetos a cobro a través del juzgado de reclamaciones menores, un abogado y/o agencia de cobro con las tasas de cobro aplicables. Todas las tasas de cobro son responsabilidad del paciente.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar al pago puntual de tu saldo. Te animamos a comunicarte sobre cualquier problema de este tipo para que podamos ayudarte a gestionar tu cuenta.

Procedimiento No Presentación, Cancelaciones y Reprogramaciones en un plazo de 72 horas:
En el momento de la programación, se obtendrá una tarjeta de crédito y se guardará de forma segura. Si no se presenta el día previsto, o si se cancela o reprograma se realiza en un plazo de 72 horas desde el procedimiento, conllevará una tasa de 75 dólares.

Autorización para Divulgar Información de Facturación y Cesión de Beneficios de Seguro: Autorizo la divulgación de **CUALQUIER** información médica, incluidos los registros de abuso de sustancias, salud mental y VIH/SIDA, necesaria para actuar sobre **CUALQUIER** reclamación de seguro médico y permitir que se utilice una reproducción fotográfica u otra por facsímil de esta autorización en lugar de la asignación original. Por la presente cedo a **Advanced Pain Care y sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas** los beneficios médicos y/o quirúrgicos que tengo derecho de mi(s) compañía(s) de seguros y/o Medicare y Medicaid. Esta autorización está vigente para todas las reclamaciones futuras, hasta que decida revocarla por escrito.

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto la política financiera mencionada. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos incurridos por mi tratamiento médico. He tenido la oportunidad de hacer y que mis preguntas se respondan a mi satisfacción.

Paciente Signature_____ Fecha:

Relación con el paciente, si no con el paciente _____

Mark Malone MD PA incluye Advanced Pain Care y subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas.

ADVANCED PAIN CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos DERECHOS DEL PACIENTE con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center puede usar o divulgar mi información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, lo que significa para: brindarme atención médica a mí, el paciente; gestión de la facturación y el pago; y encargarse de otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no habrá otros usos o divulgaciones de esta información sin mi autorización.

Autorizo Advanced Pain Care, su subespecialidad, Centro Quirúrgico Avanzado para comunicarme con mi **PCP** *(Médico de Atención Primaria):* **Dr.**_____ Teléfono #: (____) _____

Advanced Pain Care, sus subespecialidades, entidades afiliadas y relacionadas tienen un documento detallado llamado ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'***. Contiene una descripción más completa de sus derechos a la privacidad y cómo podemos usar y divulgar información médica protegida.

Entiendo que tengo derecho a leer el ***"Aviso de prácticas de privacidad" antes de*** firmar este acuerdo. Si pregunto, Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center Surgical Center, me proporcionará ***el 'Aviso de prácticas de privacidad'*** más reciente.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del ***'Aviso de Prácticas de Privacidad'.*** Mi firma significa que estoy de acuerdo en permitir que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center, use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

_____ _____

Fecha de firma del paciente ***Fecha***

_____ _____

Relación con el paciente si está firmada por otra parte ***Fecha***

Puede obtener una copia de nuestro ***"Aviso de Prácticas de Privacidad",*** incluidas las revisiones ***de nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad",*** en cualquier momento, comunicándose con: Advanced Pain Care, su subespecialidad, Advanced Surgical Center en 2000 S. Mays St, Round Rock Texas 78664 o (512) 244-4272.

****** OFFICE USE ONLY ******

Staff initial below when completed

Consent dates have been updated in Athena _____

ADVANCED PAIN CARE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Autorizo a Advanced Pain Care y sus subespecialidades a liberar la información de mi historial médico tal y como se describe en este formulario.
- Muchos de nuestros pacientes permiten que familiares llamen y consulten información médica, soliciten la renovación de recetas, historiales médicos y resultados de pruebas, formularios de recogida, etc. Según los requisitos de HIPAA, no se nos permite proporcionar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que alguna de sus informaciones médicas se facilite a familiares, debe firmar este formulario. Firmar este formulario solo dará consentimiento para facilitar dicha información a las personas indicadas a continuación.

Nombre	Relación	Número de teléfono

<u>Revisa todo lo que se aplica a los nombres anteriores:</u>

No establecer ninguna limitación a la divulgación de PHI a continuación resultará en autorización para facilitar todos los registros médicos.

☐ En cuanto a la cita, hora y fecha ☐ Comentar los resultados de laboratorio ☐ Comentar los resultados de las imágenes

☐ Habla sobre la atención médica, un problema o preocupación ☐ Recoger recetas ☐ Formularios de recogida

☐ Hablar sobre la información de facturación

DERECHO A REVOCAR: *Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento dando un aviso por escrito en el que exponga mi intención de RESCINDIR esta autorización a* ***<u>Advanced Pain Care 2000 S. Mays St., Suite 201 Round Rock, TX 78664</u>****. Entiendo que las acciones previas tomadas en base a esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi historial médico no se verán afectadas. Entiendo que Advanced Pain Care no condicionará el tratamiento a si firmo esta autorización.*

AUTORIZACIÓN DE FIRMA: *He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información tal y como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no impide la publicación de registros médicos que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.154(c) y/o 45 C.F.R. 164.502(a)(1). Entiendo que la información publicada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.*

Esta autorización caducará en 1 año desde la fecha de firma, salvo que se especifique otra fecha: _____

Firma del paciente	Fecha
Representante legalmente autorizado	Relación con el paciente

ADVANCED PAIN CARE

CALIDAD: DEMOGRAFÍA

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

Idioma

☐ inglés ☐ español ☐ Otro: _____

Raza

☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Negro o afroamericano
☐ Blanco o caucásico
☐ Nativo hawaiano
☐ Multi-Racial
☐ Otro: _____

Etnicidad

☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Estado civil

☐ Casado ☐ Soltero
☐ Viudo ☐ Pareja

Correo electrónico del portal

Porfavor proporcione un correo electrónico para acceder el portal del paciente: _____

Consentimiento para enviar mensajes de texto y llamadas

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para enviarle mensajes de texto? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para que lo llame? ☐ **Sí** ☐ **No**

Consentimiento para comunicación de información médica vía mensaje de voz

¿Le da permiso a Advanced Pain Care para dejar un mensaje de voz detallado en su teléfono sobre su atención médica? Esto puede incluir, entre otros, información sobre próximos procedimientos quirúrgicos, información de citas, información de pago, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la salud. ☐ **Sí** ☐ **No**

_____ _____

Firma del Paciente **Fecha**

****** USO DE OFICINA SOLAMENTE******

Inicial de personal cuando sea completado

Race / Ethnicity / Language updated in Athena _____

Portal Registration: Y or N If no, did they decline and you printed portal URL? Y or N _____

ADVANCED PAIN CARE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso para informar a las personas sobre la no discriminación y la accesibilidad

La discriminación es ilegal

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)) [opcional: (o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos sexuales).

Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Cuidado Avanzado del Dolor/Quirúrgico Avanzado/Farmacias Avanzadas:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que Advanced Pain Care/Advanced Surgical/Advanced Pharmacies no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, 101 Louis Henna Blvd., Ste 300, Austin, TX 78728, Tel: 512-244-4272, Fax: 512-244-2895, o en compliance@advancedpaincare.us.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Michael Jensen, Oficial de Cumplimiento y Coordinador de Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf , o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida de la Independencia, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Advanced Pain Care: https://austinpaindoctor.com

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha entregado este aviso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____