

## *Atomic Shrink Psychology, Inc.*

<b>DIRECCIÓN POSTAL:</b>	17328 Ventura Blvd., Suite 134, Encino, CA 91316
OFICINA DE GLENDALE:	100 N. Brand Blvd., Suite 316, Glendale, CA 91203
OFICINA DE LANCASTER:	1034 West Avenue L12, Suite 111, Lancaster, CA 93534
OFICINA DE RETIRO BIG BEAR:	40415 Big Bear Blvd., Big Bear Lake, CA 92315
TELÉFONO PRINCIPAL:	818-561-0531
TELÉFONO SECUNDARIO:	818-481-6581
FAX PRINCIPAL:	818-338-0994
SITIO WEB:	www.atomicshrink.com
CORREO ELECTRÓNICO:	drstory@atomicshrink.com
GERENTE DE OFICINA:	richard@atomicshrink.com

---

### **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre legal completo del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social o SSN completo si es paciente de TriCare/TriWest/VA: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Permiso para enviar recordatorios de citas por mensaje de texto (SMS): ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Sí / No

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL TUTOR — SI EL PACIENTE ESTÁ BAJO TUTELA**

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_

### **ESTADO CIVIL Y FAMILIAR**

Estado civil: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Ocupación del cónyuge: \_\_\_\_\_

Hijos: ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Sí / No

Número de hijos y edades: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN LABORAL**

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo de empleo: \_\_\_\_\_

Seguro obtenido a través del empleador: ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Sí / No

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Aseguradora primaria: \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
ID del seguro: \_\_\_\_\_  
ID del grupo: \_\_\_\_\_

Aseguradora secundaria (si aplica): \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
ID del seguro: \_\_\_\_\_  
ID del grupo: \_\_\_\_\_

Aseguradora terciaria (si aplica): \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
ID del seguro: \_\_\_\_\_  
ID del grupo: \_\_\_\_\_

Las tarjetas del seguro deben proporcionarse antes de la primera cita mediante carga segura, correo electrónico o en persona.

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal: \_\_\_\_\_  
Teléfono secundario: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad / Estado / Código postal: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Enfermedades importantes: \_\_\_\_\_  
Cirugías: \_\_\_\_\_  
Hospitalizaciones (incluya fechas y motivo): \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales, dosis y proveedor que los receta: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria y ciudad: \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_  
Actualmente bajo el cuidado de un psiquiatra, psicólogo u otro proveedor de salud mental: Sí / No  
Si respondió Sí, nombre y especialidad: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE USO DE SUSTANCIAS

Alcohol: Nunca / Actual / Reciente / Pasado / Adicción

Cannabis: Nunca / Actual / Reciente / Pasado / Adicción

Estimulantes: Nunca / Actual / Reciente / Pasado / Adicción

Opioides: Nunca / Actual / Reciente / Pasado / Adicción

Otras sustancias: \_\_\_\_\_

## PROBLEMA PRINCIPAL Y EVALUACIÓN DE RIESGO

Motivo por el cual solicita servicios: \_\_\_\_\_

Síntomas actuales (por favor describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos actualmente recetados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes de hospitalización psiquiátrica: Sí / No

Si respondió Sí, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

Antecedentes de pensamientos suicidas: Sí / No

Si respondió Sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intención, plan o medios actuales: Sí / No

Si respondió Sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes de pensamientos de dañar a otros: Sí / No

Si respondió Sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intención, plan o medios actuales: Sí / No

Si respondió Sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes de victimización o exposición a violencia: Sí / No

Si respondió Sí, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estado de discapacidad: \_\_\_\_\_

Historial de servicio militar y años de servicio: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS PSICOLÓGICOS**

Los servicios psicológicos incluyen evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento de condiciones conductuales y de salud mental. Los métodos de tratamiento varían según la necesidad clínica e incluyen intervenciones psicológicas estructuradas, procedimientos de evaluación y coordinación con proveedores médicos.

No se garantiza ningún resultado. La participación es voluntaria y puede interrumpirse en cualquier momento.

Las leyes de reporte obligatorio requieren divulgación cuando existe riesgo de daño a sí mismo o a otros, sospecha de abuso o negligencia, o liberación ordenada por un tribunal.

## **LIMITACIÓN EN CRISIS Y EMERGENCIAS**

Esta práctica no es un proveedor de servicios de emergencia.

En una emergencia, llame al 911 o al 988.

No utilice correo electrónico, mensajes SMS ni el portal para comunicaciones urgentes o de crisis.

## **LEY DE NO SORPRESAS AVISO DE ESTIMACIÓN DE BUENA FE**

Usted tiene derecho a recibir una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados por los servicios si no tiene seguro, paga de su bolsillo o decide no utilizar su seguro. Puede solicitar esta estimación en cualquier momento. Si los cargos facturados exceden sustancialmente la estimación, existen procedimientos federales de disputa.

## **POLÍTICA DE HONORARIOS Y PAGOS**

El pago se debe realizar al momento del servicio, a menos que exista un acuerdo contractual con el seguro.

Métodos de pago aceptados: tarjeta de crédito o débito.

Se requiere autorización de tarjeta archivada.

Los cargos pueden procesarse para copagos, deducibles, coseguro, tarifas por citas perdidas y saldos adeudados.

Pagos devueltos, saldos impagos y cuentas morosas pueden enviarse a cobranza.

**NOTA: TODOS LOS PACIENTES DEL VA ESTÁN EXENTOS DE CUALQUIER FORMA DE PAGO.**

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y ASISTENCIA**

**Aviso mínimo de cancelación: 24 horas.**

Las citas perdidas o canceladas fuera de plazo generan un cargo.

Llegadas tardías repetidas, citas perdidas o reprogramaciones frecuentes pueden resultar en el alta del cuidado.

## CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Los mensajes SMS y correos electrónicos no son completamente seguros. Al otorgar su consentimiento, el paciente acepta el riesgo de privacidad. Estos métodos se utilizan solo para programación y comunicación administrativa. Las emergencias clínicas no deben enviarse por medios electrónicos.

Consentimiento para comunicación electrónica: **ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Sí / No**

## POLÍTICA DE GRABACIÓN

Está prohibida la grabación de audio o video de las sesiones sin autorización escrita del proveedor. La grabación no autorizada puede resultar en la terminación de los servicios.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELESALUD

La telesalud utiliza sistemas seguros de comunicación electrónica. La plataforma puede cambiar para mantener el cumplimiento y los estándares de seguridad.

Los riesgos incluyen fallas técnicas, limitaciones en la transmisión de datos y riesgos de privacidad.

Responsabilidades del paciente:

- \* Mantener una ubicación privada
- \* Mantener una conexión a internet segura
- \* Proporcionar la ubicación física en cada sesión
- \* Proporcionar información de contacto de emergencia

Si la conexión falla, el proveedor puede continuar por un método alternativo seguro o reprogramar.

Los servicios solo pueden realizarse cuando el paciente se encuentra físicamente en un estado donde el proveedor tenga licencia activa. (El Dr. Story tiene licencia en CA, CO y TX).

Se requiere verificación de la ubicación del paciente en cada sesión de telesalud.

Consentimiento para telesalud otorgado: **ENCIERRE EN UN CÍRCULO: Sí / No**

## DIVULGACIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES

Pueden utilizarse herramientas digitales seguras de documentación y apoyo a la decisión clínica para asistir en funciones de documentación y puntuación. El juicio clínico final siempre lo realiza el psicólogo con licencia.

## AUTORIZACIÓN PARA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN — OPCIONAL

El paciente autoriza la comunicación con:

Médico de atención primaria: Sí / No

Psiquiatra: Sí / No

Médico remitente: Sí / No

Otros proveedores tratantes: Sí / No

## **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)**

El paciente reconoce haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad que describe los derechos y protecciones de la información de salud protegida y los métodos para presentar quejas.

## **CESIÓN DE BENEFICIOS**

El paciente autoriza el pago del seguro directamente al proveedor por los servicios cubiertos.

## **FIRMAS**

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (si aplica): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tutor secundario (si se requiere): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_