#### WELCOME TO OUR OFFICE

|  |
| --- |
|  |

##### A NEW PATH IN CHRISTIAN COUNSELING INC. Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1140 S. Semoran Blvd. Suite C. Orlando, FL 32807-1459. Tel: 407-271-8990 Fax: 407-271-8991**

# PATIENT INFORMATION

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | | Número de Seguro Social: | | | Fecha Nacimiento: | Estado Civil :  Soltero Casado  Viudo/a Divorciado | |
| Dirección: | | | Número de Apto: | | Ciudad: | | Estado: | Zip Code: |
| Télefono de casa: | | Tel de Trabajo:  Celular: | | | Raza: Lugar de origen: | | | |
| Ocupación: | ¿Es mayor de 18 años?  Sí No | | | Si usted no es mayor de 18 años, el Padre o Guardian deberá firmar estos documentos para consenter el tratamiento y responsabilidad financiera. | | | | |

## INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN *(Requerido si el paciente es menor de edad)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Número de Seguro Social: | | Fecha de Nacimiento: | Teléfono: | |
| Dirección: (Si es diferente a la del paciente) | Número de Apartamento: | Ciudad: | | Estado: | Zip Code: |

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiene seguro médico?  Sí No | Tipo de Seguro:  HMO Medicare Medicaid PPO Worker’s Comp. Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Seguro Médico Primario: | | Número de Póliza: | | | Número de Grupo: | | | Número de Autorización: | |
| Dirección de la Compañía de Seguro Médico: | | | Teléfono: | | | | Relación con el Asegurado:  Usted Mismo Esposo/a Hijo Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nombre del Asegurado: | Fecha de Nacimiento: | | Número de Seguro Social | | | Dirección (si es distinta a la del paciente) | | | |
| ¿Es la póliza por medio de su empelador? Sí No | Nombre de su Empleador: | | | Dirección de su Compañía de Trabajo: | | | | | |
| ¿Seguro Médico Secundario?  Yes No | Nombre de Seguro Médico Secundario: | | | Número de Póliza: | | | | | Número de Grupo: |
| Dirección: | | | Teléfono: | | | | Relación con el Asegurado:  Usted Mismo Esposo/a Hijo Otro\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

INFORMACION CLINICA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Alergias Conocidas: | Médico Primario: | | | Teléfono Médico Primario |
| Contacto en Caso de Emergencia | | Relación con el Paciente: | Teléfono: | |
| ¿Cuál es su síntoma principal? | | | | |

Yo declare que toda la información anterior es cierta y autorizo a esta oficina a dar la información necesaria a mi compañía de seguro.

Yo comprendo y acepto la responsabilidad de los cargos necesarios independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del Paciente o Guardián \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**A NEW PATH IN CHRISTIAN COUNSELING, INC.**

**Formulario de Consentimiento de Medicamentos**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

He sido educado por mi suplidor de cuidado de salud en A New Path in Christian Counseling Inc. En relación a los medicamentos que han sido prescritos a □ mi hijo, □ mi hijo, o □ una persona la cual soy el custodio legal, y consiento la administración de estos medicamentos. He sido educado en relación a los posibles efectos secundarios de estos medicamentos, posibles drogas y/o alimentos de acción recíproca que puedan ocurrir mientras tome estos medicamentos y los posibles efectos de estos medicamentos si la persona tomando estos medicamentos queda embarazada. También he sido informado de las razones o propósitos por la cual este medicamento fue prescrito.

Firma de Paciente y/o Custodio Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Se recomienda que aquellas mujeres que puedan quedar embarazadas, o estén lactando, discuta esto con su doctor antes de tomar cualquier medicamento.
* Se recomienda que los pacientes deberán ser educados en reportar cualquier efecto secundario que puedan experimentar,- incluyendo pero no limitado – sea reportado inmediatamente al suplidor del cuidado de su salud.
* Se recomienda que cualquier proveedor prescribiendo medicamentos obtenga un historial profundo del paciente que deberá incluir:
  + Medicamentos, incluyendo los prescritos y medicamentos comprados sin receta, que el paciente esté o haya tomado.
  + Alergias conocidas por el paciente (medicamentos y/o comidas)
  + Condiciones médicas del paciente.

Las prescripciones que se le entregarán hoy son por un propósito específico. Como su médico y proveedor de cuidado de salud, es de nuestro interés que todos los medicamentos sean utilizados apropiadamente y según indicado. Los “refills” de los medicamentos deberán ser efectuados entre las horas de 8:00 am y 5:00 pm de lunes a viernes. Se le avisa que deberá llamar con dos o tres días de anticipación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

**CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD**

**Como utilizamos y revelamos su información médica**

Cuando examinamos, diagnosticamos, administramos tratamiento y/o referimos a un paciente, manejamos la información cual la ley lo ha designado como salud protegida del paciente. Nosotros usamos esta información para decidir y proveer cual es el mejor tratamiento para usted. Hay circunstancias en las que dicha información deberá ser provista por otros profesionales de la salud, seguros médicos y/o funcionarios gubernamentales.

El Aviso de Privacidad de la Práctica explica en detalle sus derechos como paciente y de cómo nosotros podemos utilizar y compartir dicha información. Una copia del Aviso de Privacidad le será provista cuando usted la requiera. Al firmar este documento usted da conocimiento de que ha sido informado y que entiende la información arriba ya mencionada, y que está de acuerdo con las condiciones que éstas conllevan.

Si usted no firma este documento acordando los términos de Privacidad de la Práctica, no podemos proveerle tratamiento. Si usted tiene alguna duda o pregunta en cuanto a su información, usted tiene el derecho a informarnos de que o quiere que su tratamiento se comparta con seguros de salud, agencias de pago o para propósitos administrativos. Usted deberá informarnos por escrito la información que usted desea que sea compartida. Estamos dispuestos a respetar sus deseos, más no necesariamente tenemos que estar de acuerdo con dichas limitaciones. No obstante, si decidiéramos estar de acuerdo con sus deseos, prometemos respetarlos hasta donde la ley lo permita.

CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro nombre (si aplica):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo reconozco que A New Path in Christian Counseling Inc., me ha facilitado sus Normas de Privacidad con efectividad desde el 8 de noviembre de 2008.

Si el paciente es menor de edad o incapacitado para consentir tratamiento, Yo confirmo que tengo la custodia legal de este individuo y estoy autorizado a iniciar y consentir este individuo.

Firma del representante legal o autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre (letra molde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO MEDICO**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**: Yo, el paciente estoy de acuerdo y consiento a participar en los servicios que ofrece ***A New Path in Christian Counseling, Inc***. Yo comprendo que estoy de acuerdo y consiento sólo los servicios que los proveedores de ***ANPCC, Inc***. Están calificados a proveer entre: (1) lo permitido en la licencia del proveedor, certificación y entrenamiento; (2) lo permitido en la licencia del proveedor, certificación y el paciente es menor de 18 años de edad o incapaz de consentir el tratamiento. Yo manifiesto que tengo custodia legal del individuo y estoy autorizado a iniciar y continuar el tratamiento y/o legalmente en nombre de este individuo.

**PROVEER SU INFORMACION**: Autorizo a cualquiera de los Doctores y/o Consejeros que han atendido al paciente a proveer a cualquier compañía de seguro o sus representantes con cualquier información relacionada a hospitalizaciones, tratamientos, interpretación y/o exámenes.

**ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO**: Yo autorizo pago directo a cualquier proveedor de los beneficios que no son colectados por el paciente. Yo también asignó cualquier y todos los derechos de cobertura del seguro médico relacionados con este tratamiento, pero que no exceda los cargos regulares por la consulta, tratamiento, interpretación y/o exámenes.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA**: Yo comprendo que soy responsable por cualquier servicio dado por un proveedor, sin importar si el servicio es cubierto por el seguro médico. Yo comprendo que el pago debe de ser al momento del servicio al menos se hayan hecho los arreglos necesarios antes de la visita. Los métodos de pago que se aceptan en ***ANPCC, Inc***., son efectivo, Visa, Master Card y Discover. Si mi compañía de Seguro requiere una autorización, yo entiendo que soy responsable por obtener la autorización inicial. Si el Seguro Médico no paga por lo servicios recibidos yo seré responsable por dichos cargos.

**Dos citas pérdidas o no canceladas con un mínimo de 24 horas de anticipación serán dado de alta.**

**CONFIRMACION DE CITAS**: En ANPCC, Inc., una de las principales prioridades es mantener la confidencialidad de nuestros pacientes. Como nos comunicaremos con usted con el propósito de confirmar sus citas, por favor indique el número de teléfono que usted prefiere usar o su correo electrónico.

Teléfono para confirmar sus citas: ( ) \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente Firma del Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Guardián (si aplica) Testigo - Fecha

PRIMARY CARE PHYSICIAN

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

This form will allow your Behavioral Health Provider to share protected health information with your Physician. This information will not be released without your signed authorization. This protected health information may include diagnosis, treatment plan, progress, lab reports, and medication if necessary. You are not required to complete this authorization form.

I hereby authorize:

A NEW PATH IN CHRISTIAN CONSELING INC.

1140 S. Semoran Blvd. Suite C

Orlando, FL 32807-1459

Tel: 407-271-8990 Fax 407-271-8991

To release confidential protected health information, including personal, psychological, psychiatric, substance abuse, AIDS-related information, medical records, and opinions resulting from my contact with them for the purpose of providing coordination and continuity of care, to:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Physician Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City/State/Zip

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Fax

I understand that this consent is revocable upon written notice to the facility, except to the extent that action has already been taken by the facility pursuant to this authorization. This consent shall remain in force for twelve months.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient Name (Please Print) Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature - Patient, Custodial Parent, Date Signed

Custodial Guardian, or Power of Attorney

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness Date Signed

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

I hereby authorize and request:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City/State/Zip

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone Fax

To release confidential professional information, including personal, psychological, psychiatric, substance abuse, AIDS-related information, medical records, and opinions resulting from my contact with them, to:

A NEW PATH IN CHRISTIAN CONSELING INC.

1140 S. Semoran Blvd. Suite C

Orlando, FL 32807-1459

P: (407) 271-8990 F: (407) 271-8991

The request specifically includes the following:

€ Summary (Specify inclusions and exclusions) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€ Psychiatric Evaluation

€ Progress Notes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€ Lab Reports

€ Authorization for communication between A NEW PATH IN CHRISTIAN CONSELING INC. and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regarding all aspects of my treatment, diagnosis, and prognosis.

€ Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I understand that this consent is revocable upon written notice to the facility, except to the extent that action has already been taken by the facility pursuant to this authorization. This consent shall remain in force for twelve months.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient Name (Please Print) Patient Date of Birth

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature - Patient, Custodial Parent, Date Signed

Custodial Guardian, or Power of Attorney

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness Date Signed