



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

Bienvenidos a **Professional Psychiatric Services**. Este documento contiene información importante acerca de los servicios profesionales de la oficina y las políticas de negocio. Por favor, lea cuidadosamente y anote cualquier pregunta que pueda tener para que podamos discutir las. El firmar este documento representará un acuerdo entre ambas partes

SERVICIOS PSIQUIATRICOS

La **psiquiatría** o **siquiatría** es la rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales

REUNIONES

Usualmente, se calendarizará una sesión de 45 minutos para su primera evaluación psiquiátrica, aunque algunas sesiones pueden ser de mayor o menor duración. Una vez la hora de sesión ha sido calendarizada, se espera que usted acuda a su cita, a menos que **propvea notificación de cancelación de 24 horas de antelación**.

COSTOS PROFESIONALES

Su seguro médico solo tiene cobertura para evaluaciones, tratamiento y medicación para condiciones psiquiátricas. Otros servicios incluyendo redacción de reportes escritos, conversaciones telefónicas, asistencia a reuniones con otros profesionales autorizados por usted, preparación de records o resúmenes de tratamiento, y el tiempo empleado realizando cualquier otro servicio que usted haya solicitado por parte del médico; NO están incluidos en la cobertura de su plan médico.

Si usted se involucra en procedimientos legales que requieren mi participación, se esperará que usted pague por el tiempo profesional, inclusive si hemos sido requeridos a testificar por la otra parte. Dada a la dificultad de la participación en un proceso legal, se cobrará un cargo de \$300 por hora de preparación y asistencia a cualquier procedimiento legal.

Este consentimiento no incluye el uso del psiquiatra como *testigo experto* en ningún caso judicial, ya sea civil o criminal. Tampoco procedimientos administrativos sin importar si es estatal o federal. Por el contrario, mediante la firma de este consentimiento, los pacientes están obligados a revelar al psiquiatra su intención de usarlo en todos y cada uno de los procedimientos mencionados anteriormente. Esta prohibición de actuar como *testigo experto* incluye declaraciones, deposiciones, solicitudes de admisión, solicitudes impresas, llenar formularios enviados por correo electrónico o por correo postal, solicitudes de información u opiniones formales o informales o cualquier otra forma de petición de información relacionada con un *testigo experto*.

NO obstante, continuaremos con la responsabilidad de enviar copia de su record a cualquier persona o entidad autorizada por usted

REMBOLSO DE SEGURO

Si usted tiene una póliza de seguro de salud, ésta usualmente le ofrecerá alguna cobertura para tratamiento de salud mental. Se le completarán las formas y se le proveerá a usted con la asistencia que necesite para ayudarle a recibir los beneficios a los cuales usted tiene derecho; sin embargo, usted es el responsable por el pago de servicios en su totalidad. Usted debe estar consciente de que la mayoría de las compañías aseguradoras requieren que usted autorice a que les proveamos a ellos un diagnóstico clínico. En algunas ocasiones tenemos que proveerles información clínica adicional, tal como planes de tratamiento o resúmenes del mismo para el proceso de facturación.

CONTACTO

Nuestro teléfono de contacto es el (407)734-1273. Si no estamos disponibles, al momento de su llamada, por favor deje un mensaje y le devolveremos la llamada lo antes posible durante el horario regular de oficina. Si es una emergencia, usted debe llamar al 911 o a la Sala de Emergencia más cercana a su localización.

RECORDS PROFESIONALES

Las leyes y los estándares profesionales de esta profesión requieren que mantengamos record de su tratamiento. Usted tiene derecho a una copia de sus records, si así lo solicita por escrito.

CONFIDENCIALIDAD

En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre el paciente y el médico están protegidas legalmente, y solo ofreceremos información sobre nuestro trabajo a terceros con una autorización escrita y firmada por usted . Sin embargo, hay algunas excepciones expresadas por la ley. En la mayoría de los procedimientos legales, usted tiene el derecho de prevenir que provea información acerca de su tratamiento.

TERMINACION DE TRATAMIENTO

Si durante el curso de su tratamiento el médico entiende que no puede continuar el mismo, éste terminará el tratamiento y se le explicarán las razones para ello. Usted tiene el derecho de detener el tratamiento en cualquier momento. Si usted toma esta decisión, se le proveerá un referido a otro médico.

Su firma a continuación indica que usted ha leído la información en la Hoja de Consentimiento y está de acuerdo en seguir sus términos durante nuestra relación profesional.

Nombre en letra de Molde: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente (si aplica): _____

Firma del Medico: _____ Fecha: _____