

Información de nuevo paciente

Nombre	
Pronombres	Ej.: ella/él
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Número de teléfono	
¿Puedo dejar mensajes de voz?	Sí No
Correo electrónico	
¿Puedo enviar correos electrónicos?	Sí No Nota: el correo electrónico no se considera un medio de comunicación seguro, por lo que limitaré los mensajes a la información sobre la programación y/o el pago.
Método de contacto preferido (marque una opción)	Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico
Nombre de contacto de emergencia	
Número de teléfono de contacto de emergencia	
Pago	Pago por cuenta propia: \$_____ por sesión de 50 minutos Tipo de seguro: _____ Tarjeta de crédito: _____ Fecha de expiración: _____ Código de seguridad: ____ Nombre y fecha de nacimiento del asegurado, si no es el cliente: _____
¿Tiene alguna enfermedad o alergia?	En caso afirmativo, indíquelo aquí:

Políticas

Confidencialidad:

La información que comparta y toda la documentación relacionada con su tratamiento serán confidenciales. La información de los clientes, incluyendo las notas de las sesiones, se envía y almacena de forma segura a través de Therapy Notes. Los documentos físicos se guardarán en un archivador cerrado con llave.

Excepciones a la confidencialidad:

- ❖ Si usted expresa la intención de hacerse daño a sí mismo o a otros.
- ❖ Si usted revela información sobre posibles abusos a un menor o a una persona discapacitada.
- ❖ Si soy citado por el sistema judicial. Por favor, tenga en cuenta que, en ausencia de una orden judicial, mi licencia me obliga a preservar su confidencialidad.
- ❖ Si usted me autoriza por escrito a intercambiar información con un tercero, como su médico.

Cancelaciones y ausencias a citas:

Por favor, notifique a su terapeuta por teléfono o mensaje de texto lo antes posible si va a llegar más de 15 minutos tarde o si necesita cancelar o reprogramar una cita. Si cancela con menos de 24 horas de antelación, se le cobrará un cargo por cancelación tardía de \$50. Si no se presenta a una cita, se le cobrará el costo total de la tarifa de la sesión. Por favor, tenga en cuenta que este cargo no se puede facturar a su proveedor de seguro médico, por lo que usted será responsable del costo total. Algunas excepciones a esta política de cancelación incluyen emergencias, enfermedad e inclemencias del tiempo.

Duración de la sesión:

Las sesiones típicamente duran 50 minutos. Si usted llega tarde a su cita, tenga en cuenta que su sesión terminará a la hora prevista.

Su firma a continuación reconoce que ha recibido una copia de estas políticas. Usted entiende que, si tiene alguna pregunta con respecto a ellas, puede comunicarse con mi gerente comercial al número 919-724-1465.

Firma del cliente: _____ Fecha: __/__/__

Firma del padre, tutor o representante personal:

_____ Fecha: __/__/__

Autorización
Contacto por teléfono/correo electrónico en caso de violación de
Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

Yo, _____ [Insertar el nombre del cliente], autorizo a Markovits Counseling, PLLC para que me notifique por teléfono o por correo electrónico en caso de una violación de mi información médica protegida (PHI) por parte de Markovits Counseling, PLLC. Dicha conversación será documentada por Markovits Counseling, PLLC.

De acuerdo con la Regla Final de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) que modifica las Reglas de Privacidad, Seguridad, Cumplimiento y Notificación de Incumplimiento de la HIPAA, la notificación telefónica o electrónica que se me proporcione en virtud de esta autorización no será simplemente para la conveniencia administrativa de Markovits Counseling, PLLC.

Firma del cliente/paciente	Fecha
----------------------------	-------

Firma del padre, tutor o representante personal	Fecha
---	-------

Autorización para comunicación electrónica

Como una conveniencia para mí, por medio del presente documento solicito que Markovits Counseling, PLLC se comunique conmigo con respecto a mi tratamiento por parte de mi terapeuta a través de comunicaciones electrónicas (correo electrónico o mensaje de texto). Entiendo que esto significa que Markovits Counseling, PLLC y/o mis proveedores de tratamiento me transmitirán mi información médica protegida, como información sobre mis citas, diagnóstico, medicamentos, progreso y otra información individualmente identificable sobre mi tratamiento, a través de comunicaciones electrónicas.

Entiendo que existen riesgos inherentes a la transmisión electrónica de información por correo electrónico, por Internet, a través de mensajes de texto o de otro modo y que dichas comunicaciones pueden perderse, retrasarse, ser interceptadas, corromperse o alterarse de otro modo, quedando incompletas o no siendo entregadas. Además, entiendo que cualquier información médica protegida transmitida a través de comunicaciones electrónicas en virtud de esta autorización no será encriptada. Puesto que la transmisión electrónica de información no puede ser garantizada como segura o libre de errores y su confidencialidad puede ser vulnerable al acceso de terceros no autorizados, Markovits Counseling, PLLC, no tendrá ninguna responsabilidad con respecto a cualquier error, omisión, reclamo o pérdida que surja de, o se relacione con, la comunicación electrónica de información por Markovits Counseling, PLLC, a mí.

Después de haber sido notificado de los riesgos inherentes al uso de las comunicaciones electrónicas, por medio del presente documento autorizo expresamente a Markovits Counseling, PLLC, a comunicarse electrónicamente conmigo, lo que incluirá la transmisión electrónica de mi información médica protegida. Entiendo que, en el caso de que ya no desee recibir comunicaciones electrónicas de Markovits Counseling, PLLC, puedo revocar esta autorización proporcionando una notificación por escrito al Oficial de Cumplimiento, Jay Cartwright, enviando un correo electrónico a jay@markovitscounseling.com.

Acepto y acuerdo que Markovits Counseling, PLLC, puede comunicarse conmigo electrónicamente a menos que, y hasta que, yo revoque esta autorización mediante el envío de la notificación al Oficial de Cumplimiento, Jay Cartwright, por escrito. Esta autorización no permite la transmisión electrónica de mi información médica protegida a terceros y entiendo que debo firmar una autorización por separado para que mi información médica protegida sea revelada a terceros.

Por medio del presente documento, autorizo la transmisión electrónica de mi información médica protegida, tal y como se describió anteriormente.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

ASOCIACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES © 2014 Popovits & Robinson, P.C.

Página 1 de 1

Notificación de prácticas de privacidad

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Su expediente médico contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información sobre usted por la que se le puede identificar y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y con los servicios médicos relacionados se denomina Información Médica Protegida (“PHI”). Esta Notificación de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y revelar su PHI de acuerdo con la ley aplicable, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”), las regulaciones promulgadas en virtud de la HIPAA, incluyendo las Reglas de Privacidad y Seguridad de la HIPAA, y el *Código de Ética de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW, por sus siglas en inglés)*. También describe sus derechos respecto a cómo puede acceder y controlar su PHI.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la PHI y a proporcionarle una notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Cualquier nueva Notificación de Prácticas de Privacidad será efectiva sobre toda la PHI que mantengamos en ese momento. Le proporcionaremos una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad revisada publicando una copia en nuestro sitio web, enviándole una copia por correo si la solicita o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Para el tratamiento. Su PHI puede ser utilizada y revelada por quienes participan en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Esto incluye la consulta con supervisores clínicos u otros miembros del equipo de tratamiento. Podemos revelar la PHI a cualquier otro consultor sólo con su autorización.

Para el pago. Podemos utilizar y revelar la PHI para que podamos recibir el pago de los servicios de tratamiento que se le hayan prestado. Esto sólo se hará con su autorización. Ejemplos de actividades relacionadas con el pago son: hacer una determinación de elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro, procesar las reclamaciones con su compañía de seguros, revisar los servicios que se le han prestado para determinar la necesidad médica o realizar actividades de revisión de la utilización. Si llega a ser necesario utilizar procesos de cobro debido a la falta de pago de los servicios, sólo revelaremos la cantidad mínima de PHI necesaria para los fines del cobro.

Para operaciones de atención médica. Podemos utilizar o revelar, según sea necesario, su PHI para apoyar nuestras actividades comerciales, incluyendo, sin limitación, las actividades de evaluación de calidad, las actividades de revisión de los empleados, la concesión de licencias y la realización o la organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos compartir su PHI con terceros que realicen diversas actividades comerciales (por ejemplo, servicios de facturación o mecanografía) siempre que tengamos un contrato escrito con la empresa que le exija salvaguardar la privacidad de su PHI. Para fines de capacitación o enseñanza, la PHI sólo se revelará con su autorización.

Según lo requiera la ley. De acuerdo con la ley, debemos revelar su información médica protegida a petición suya. Además, debemos revelarla a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el fin de investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Regla de Privacidad.

Sin autorización. A continuación, encontrará una lista de las categorías de usos y revelaciones permitidas por la HIPAA sin una autorización. La ley y las normas éticas aplicables nos permiten revelar información sobre usted sin su autorización sólo en un número limitado de situaciones.

Como trabajador social con licencia en este estado y como miembro de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, es nuestra práctica adherirnos a requisitos de privacidad más estrictos para las revelaciones sin autorización. El siguiente texto aborda estas categorías en la medida en que es coherente con el *Código de Ética de la NASW* y la HIPAA.

Abuso o negligencia infantil. Podemos revelar su PHI a una agencia estatal o local que esté autorizada por la ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil.

Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos revelar su PHI en virtud de una citación (con su consentimiento por escrito), una orden judicial, una orden administrativa o un proceso similar.

Pacientes fallecidos. Podemos revelar la PHI relativa a pacientes fallecidos según lo dispuesto por la ley estatal o a un familiar o amigo que haya participado en su atención o en el pago de la misma antes de su muerte, basándonos en su consentimiento previo. La revelación de información relativa a pacientes fallecidos puede limitarse a un albacea o administrador de la herencia de una persona fallecida o a la persona identificada como pariente más cercano. La PHI de las personas que fallecieron más de cincuenta (50) años atrás no está protegida por la HIPAA.

Emergencias médicas. Podemos utilizar o revelar su PHI en una situación de emergencia médica a personal médico sólo con el fin de prevenir un daño grave. Nuestro personal tratará de proporcionarle una copia de esta notificación tan pronto como sea razonablemente posible tras la resolución de la emergencia.

Participación de la familia en la atención. Podemos revelar información a los familiares o amigos cercanos que participen directamente en su tratamiento, basándonos en su consentimiento o según sea necesario para prevenir un daño grave.

Supervisión médica. Si es necesario, podemos revelar la PHI a una agencia de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Entre las agencias de supervisión que buscan esta información se encuentran las agencias gubernamentales y las organizaciones que proporcionan asistencia financiera al programa (como los terceros pagadores, basados en su consentimiento previo) y las organizaciones de revisión que realizan controles de utilización y calidad.

Aplicación de la ley. Podemos revelar la PHI a un oficial encargado de hacer cumplir la ley, según lo exija la ley, en cumplimiento de una citación (con su consentimiento por escrito), una orden judicial, una orden administrativa o un documento similar, con el fin de identificar a un sospechoso, a un testigo material o a una persona desaparecida, en relación con la víctima de un delito, en relación con una persona fallecida, en relación con la denuncia de un delito en una emergencia o en relación con un delito en el lugar.

Funciones gubernamentales especializadas. Podemos revisar las solicitudes de las autoridades del mando militar de EE.UU. si usted ha servido como miembro de las fuerzas armadas, de los oficiales autorizados por razones de seguridad nacional e inteligencia y del Departamento de Estado para las determinaciones de idoneidad médica, y revelar su PHI con base en su consentimiento por escrito, las leyes de revelación obligatoria y la necesidad de prevenir un daño grave.

Salud pública. Si es necesario, podemos utilizar o revelar su PHI para actividades obligatorias de salud pública a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recopilar o recibir dicha información con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o, si lo indica una autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental que esté colaborando con dicha autoridad de salud pública.

Seguridad pública. Podemos revelar su información médica protegida si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. Si la información se revela para prevenir o disminuir una amenaza grave, se revelará a una persona o a personas que estén razonablemente capacitadas para prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la misma.

Investigación. La PHI sólo puede ser revelada tras un proceso de aprobación especial o con su autorización.

Recaudación de fondos. Podemos enviarle comunicaciones de recaudación de fondos en un momento u otro. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones de recaudación de fondos con cada solicitud que reciba.

Permiso verbal. También podemos utilizar o revelar su información a sus familiares que estén directamente involucrados en su tratamiento, con su permiso verbal.

Con autorización. Los usos y revelaciones que no estén específicamente permitidos por la ley aplicable se harán sólo con su autorización por escrito, que puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos hecho un uso o revelación con base en su autorización. Los siguientes usos y revelaciones se harán sólo con su autorización por escrito: (i) la mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia que están separadas del resto de su historial médico; (ii) la mayoría de los usos y revelaciones de PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones de tratamiento subvencionadas; (iii) las revelaciones que constituyan una venta de la PHI; y (iv) otros usos y revelaciones no descritos en esta Notificación de Prácticas de Privacidad.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la PHI que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, por favor, envíe su solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad al correo electrónico jay@markovitscounseling.com:

- **Derecho de acceso para inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho, que puede ser restringido sólo en circunstancias excepcionales, de inspeccionar y copiar la PHI que se mantiene en un “conjunto de registros designados”. Un conjunto de registros designados contiene registros de salud mental/médica y de facturación y cualquier otro registro que se utilice para tomar decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y copiar la PHI sólo se restringirá en aquellas situaciones en las que existan pruebas convincentes de que el acceso podría causarle un daño grave o si la información está contenida en notas de psicoterapia mantenidas por separado. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo, por las copias. Si sus registros se mantienen electrónicamente, también puede solicitar una copia electrónica de su PHI. También puede solicitar que se le proporcione una copia de su PHI a otra persona.
- **Derecho de enmienda.** Si usted cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos, aunque no estamos obligados a aceptar la modificación. Si denegamos su solicitud de modificación, usted tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo. Podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia. Por favor, comuníquese con el responsable de privacidad si tiene alguna pregunta.
- **Derecho a una contabilización de revelaciones.** Tiene derecho a solicitar una contabilización de algunas de las revelaciones que hacemos de su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si usted solicita más de una contabilización en un período de 12 meses.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o revelación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a acceder a su solicitud, a menos que la solicitud sea para restringir la revelación de la PHI a un plan médico con el fin de llevar a cabo el pago o las operaciones de atención médica, si la PHI se refiere a un artículo o servicio de atención médica que usted pagó de su bolsillo. En ese caso, estamos obligados a respetar su solicitud de restricción.
- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una forma determinada o en un lugar específico. Atenderemos las solicitudes razonables. Podemos exigir información sobre cómo se gestionará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto como condición para atender su solicitud. No le pediremos una explicación del motivo por el que realiza la solicitud.

- **Notificación de violación de protección.** Si se produce una violación de protección de la PHI no asegurada que le concierne a usted, podemos estar obligados a notificarle esta infracción, incluyendo lo que ocurrió y lo que puede hacer para protegerse.
- **Derecho a una copia de esta notificación.** Usted tiene derecho a una copia de este aviso.

QUEJAS

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja por escrito a nuestro responsable de privacidad a jwcartwright3@gmail.com o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llamando al (202) 619-0257. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

La fecha de entrada en vigor de esta notificación es septiembre de 2013.

**Notificación de Prácticas de Privacidad
Recepción y Acuse de Recibo de la Notificación**

Nombre del paciente/cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por medio del presente documento, reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Markovits Counseling. Entiendo que, si tengo alguna pregunta con respecto a la Notificación o a mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad, Jay Cartwright, a jay@markovitscounseling.com.

Firma del paciente/cliente **Fecha**

Firma del padre, tutor o representante personal * **Fecha**

* Si usted firma como representante personal de una persona, por favor, describa su autoridad legal para actuar en nombre de esta persona (poder notarial, sustituto para la atención médica, etc.).

El paciente/cliente se niega a reconocer la recepción:

Firma del miembro del personal **Fecha**

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE TELESALUD

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telesalud.
2. Mi proveedor de atención médica me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para efectuar dicha consulta no será lo mismo que una visita directa cliente/proveedor de atención médica debido a que no estaré en la misma sala que mi proveedor.
3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene beneficios potenciales, incluyendo un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirse desde un lugar de mi elección.
4. Entiendo que existen riesgos potenciales en esta tecnología, incluyendo interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. He tenido una conversación directa con mi proveedor, durante la cual he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Se ha respondido a mis preguntas y se han discutido conmigo los riesgos, los beneficios y cualquier alternativa práctica en un lenguaje que comprendo.

CONSENTIMIENTO PARA EL SERVICIO DE TELESALUD POR MEDIO DE MICROSOFT TEAMS

Microsoft Teams es el servicio tecnológico que utilizaremos para llevar a cabo las citas de telesalud por videoconferencia. Al firmar este documento, reconozco y acepto lo siguiente:

1. Microsoft Teams NO es un servicio de emergencia y, en caso de emergencia, utilizaré un teléfono para llamar al 911.
2. Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto directo y virtual a través del servicio de telesalud, Microsoft Teams no proporciona ningún servicio o asesoramiento médico o de salud, incluyendo, entre otros, servicios médicos de urgencia o emergencia.
3. Microsoft Teams facilita las videoconferencias y no se responsabiliza de la prestación de ningún tipo de asistencia médica, consejo o atención médica.
4. No asumo que mi proveedor tenga acceso a toda o parte de la información técnica de Microsoft Teams, ni que dicha información sea precisa o esté vigente o actualizada. No confiaré en que mi proveedor de servicios médicos disponga de nada de esta información en Microsoft Teams.
5. Para mantener la confidencialidad, no compartiré mis datos de acceso con nadie que no esté autorizado a asistir a la cita.

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o me han leído y/o me han explicado este formulario.
- Que comprendo perfectamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento o los procedimientos.
- Que se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi satisfacción.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Instrucciones de telesalud

Configuración:

Usted seguirá estos pasos una vez que usted y su terapeuta estén de acuerdo en utilizar la telesalud para las sesiones de asesoramiento.

- 1) Recibirá un correo electrónico de su terapeuta invitándolo a Teams.
- 2) Haga clic en el botón "Join Teams" ("Unirse a Teams") en el correo electrónico.
- 3) Verá una ventana "Create account" ("Crear cuenta"). Haga clic en "Next" ("Siguiente").
- 4) Cree una contraseña.
- 5) Revise su correo electrónico para ver un mensaje con un código de cuatro dígitos. - Introduzca el código en Teams.
- 6) Utilice Captcha para confirmar que es una persona real.
- 7) Revise la política de permisos y haga clic en "Accept" ("Aceptar").
- 8) Haga clic en "Use Web App" ("Usar la aplicación web"). Es posible que su navegador web le notifique que no se puede utilizar. Si esto sucede, descargue la aplicación Microsoft Teams de la App Store de su computadora. Una vez descargada, ábrala e introduzca su dirección de correo electrónico y la contraseña que creó en el paso 4).
- 9) Siga las indicaciones para finalizar la configuración de su cuenta.
- 10) Si piensa utilizar su teléfono en lugar de una computadora portátil, descargue la aplicación en su teléfono. Abra la app e inicie sesión con su dirección de correo electrónico y la contraseña que creó en el paso 4).
- 11) Asegúrese de que su computadora/teléfono tengan la cámara y el audio habilitados y que permitan el acceso para su uso por parte del navegador web (o la aplicación Microsoft Teams, si la utiliza en lugar del navegador web para acceder a Microsoft Teams).

Cita:

Realice estos pasos cinco minutos antes de su cita.

- 1) Inicie sesión en Teams con su navegador web (microsoft.teams.com) o con la aplicación Microsoft Teams.
- 2) Su terapeuta creará una reunión y le enviará una invitación.
- 3) Usted recibirá una invitación a la reunión. La invitación se asemejará a un aviso de llamada telefónica.
- 4) Acepte la invitación.
- 5) Asegúrese de que los iconos de la cámara y el micrófono estén activados (no deben tener una línea atravesada).
- 6) Debería ver a su terapeuta, quien también debería verlo a usted.