¡Bienvenido a Lumos Psychiatric Services!

Le agradezco que haya elegido mi oficina para obtener sus necesidades de salud mental y psiquiátrica. Siempre aspiro a proporcionar los servicios más integrados y el mejor tratamiento para mis pacientes.

En las siguientes páginas, encontrará todo lo que necesita para ayudarme a conocerle mejor e iniciar sus servicios. Le agradeceré que traiga a nuestra oficina todos los formularios adjuntos completados. Además, la siguiente es una lista de verificación de toda la información que necesita para traer en su primera visita para la evaluación:

- Una lista de todos sus medicamentos actuales y/o suplementos con su dosis y frecuencia. (También puede traer todas sus botellas de píldoras si fuera más fácil para usted).
- Una copia de sus tarjetas de seguro médico, incluyendo beneficios de farmacia y un documento de identidad válido (licencia de conducir o pasaporte). Los pacientes sin identificación serán reprogramados.
- En el caso de adultos o ancianos con un tutor legal, debe presentar una copia del documento legal que otorga la tutela.
- Copia de los siguientes documentos (si está disponible):
    - Evaluación Psicológica / Evaluación Psicoeducativa / Evaluación Neuropsicológica
    - Expedientes médicos previos de Salud Mental o Psiquiatría
- Si ha sido dado de alta recientemente de un centro psiquiátrico, por favor traiga una copia del resumen de alta proporcionado allí.
- Información sobre su médico primario y su farmacia principal utilizada.
- Lea y firme los siguientes documentos: Derechos y responsabilidades del paciente y políticas de la oficina.
- Complete todos los siguientes formularios:
    - Formulario de información de paciente nuevo
    - Autorización para divulgar u obtener información confidencial
    - Escalas de cernimiento incluidas para el grupo de edad del paciente: Adultos (18-64y/o), Geriátricos (65 y/o o mayores).

¡Gracias por elegir a Lumos Psychiatric Services! Espero trabajar con usted y proporcionarle la más alta calidad de servicios psiquiátricos.

Cordialmente,

Luis J. Olivera-Rodríguez, MD
Psiquiatra Certificado

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Lumos Psychiatric Services / Luis J. Olivera-Rodríguez, MD
Paquete Información Paciente Nuevo - Adulto

Nombre Paciente: _____ Fecha: ____/____/_____ MR: _____

Fecha Nacimiento: _____/_____ /_____ Edad: _____ Sexo: ___ Femenino___ Masculino Género: _____

Teléfono Residencia: (_____)_____ Teléfono Celular: (_____)_____
Correo Electrónico: _____

Dirección Postal:

Núm. y Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Plan Médico Primario: _____ Núm. Contrato: _____
Plan Médico Secundario: _____ Núm. Contrato:_____
(Por favor, presente una copia de todas sus tarjetas de seguro médico, incluyendo los beneficios de farmacia).
___ No tengo seguro médico y cubriré el costo del tratamiento como pago privado.

Asegurado Principal: ___ Yo soy el asegurado principal. ___ Yo **NO** soy el asegurado Principal.

- Provea la siguiente información del asegurado principal de su plan médico.

Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: ____/_____/_____
Dirección Postal: Relación con Paciente:_____
Núm. y Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Teléfono Residencia: (_____)_____ Teléfono Celular: (_____)_____

Contacto de Emergencia: (No se puede dejar en blanco)

Nombre	Relación	Tel. Residencia	Tel. Trabajo	Tel. Celular

Persona que lo(a) refiere: _____

Médico Primario:
Nombre: _____ Nombre Oficina: _____
Dirección: _____
Numero Tel: _____ Numero Fax: _____

Farmacia:
Nombre: _____
Dirección: _____
Numero Tel: _____ Numero Fax: _____

Medicamentos: (Favor de mencionar sus medicamentos con nombre, dosis y frecuencia /puede traer los potes)

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ Fecha: ___/___/_____

Forma de Consentimiento de Tratamiento

Yo, _____, autorizo a Lumos Psychiatric Services (LPS) y/o Luis J. Olivera-Rodriguez, MD a proporcionar evaluación psiquiátrica y servicios de tratamiento de medicamentos y/o terapia para mí o para _____ (Nombre del paciente si es menor de edad o si tiene un tutor legal/guardián). Entiendo que, aunque el Dr. Olivera-Rodríguez se esfuerza por proporcionar el mejor tratamiento posible para sus pacientes, el tratamiento proporcionado no siempre puede producir los resultados deseados y que no hay garantías completas. El tratamiento de cada paciente se llevará a cabo de manera confidencial, según lo establecido en el Reglamento de la HIPAA. La divulgación de información confidencial no se hará a menos que el paciente o tutor lo autorice específicamente o bajo una citación emitida por un tribunal.

Entiendo que el Dr. Olivera-Rodríguez está obligado por los Estatutos 827.03 y 394.451-394.892 de Florida a reportar cualquier sospecha de abuso y/o negligencia infantil o si demuestran potencial para causar daño a sí mismo o a otras personas que requieran una Ley Baker. Además, entiendo que el Dr. Olivera-Rodríguez debe reportar al Departamento de Salud local cualquier estado de VIH/infección o infección potencial a una pareja sentimental que el paciente haya identificado de conformidad con el Estatuto 456.061(1), F.S. y la Regla 64D-2.00. (2) (I), F.A.C.

Hasta mi conocimiento, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Dr. Olivera-Rodríguez si yo o mi menor, tenemos un cambio en la salud.

_____ _____

Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián | Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde)

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ Fecha: ___/___/_____

Acuerdo de Servicios de Telesalud y Consentimiento Informado

Yo, _____, consiento para mí o para _____ (Nombre del paciente si tiene un tutor legal/guardián) a participar en los servicios de telesalud con LUMOS PSYCHIATRIC SERVICES, LLC. Los servicios de telesalud se definen como comunicación entre usted y nuestra práctica vía remota utilizando transmisión electrónica. Teleterapia es definida como la intervención psicoterapéutica realizada remotamente vía videoconferencia, así como el uso de la tecnología para fines administrativos (por ejemplo, correos electrónicos y llamadas telefónicas con respecto a la programación de citas). Entiendo que telesalud permite que mi Doctor en Medicina (Psiquiatra), pueda diagnosticar, consultar, dar tratamiento, educar, transferir datos médicos y utilizando audio interactivo, video o comunicación de datos con respecto a mi tratamiento.

Este formulario de consentimiento cubre todas las formas de comunicación electrónica (teleterapia y administrativas) incluyendo:

(1) Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para la psicoterapia en persona, así como se indica en el formulario de consentimiento informado.

(2) Entiendo que, aunque se ha encontrado que el tratamiento psicoterapéutico de todo tipo es efectivo en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales, problemas personales y relacionales, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los pacientes sea efectivo y esto incluya servicios de telesalud.

(3) Entiendo que los servicios de telesalud corren el riesgo de un fracaso tecnológico que podría causar distorsión o interrupción total.

(4) Entiendo que si mi doctor cree que los servicios de tratamiento de telesalud (por ejemplo, manejo de medicamentos vía videoconferencia) no son una intervención apropiada, él/ella hará una referencia apropiada para los servicios que juzguen más apropiados para mis circunstancias. Esto puede incluir una recomendación para tratamiento en persona.

(5) Tengo el derecho de retener o retirar este consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a cuidado o tratamiento futuro y sin arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio al que de otra manera tendría derecho.

(6) Entiendo que Lumos Psychiatric Services, LLC usa métodos compatibles con HIPAA para los servicios de telesalud. Sin embargo, entiendo que ningún uso de la tecnología puede estar 100% protegido. También entiendo que la confidencialidad de cualquier mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz que elija mantener es mi responsabilidad y no la responsabilidad de Lumos Psychiatric Services, LLC.

Nota: Para las citas de telesalud utilizamos el portal Doxy.me. A cada paciente se le enviará el día antes de su cita, vía correo electrónico, el enlace e instrucciones sobre cómo iniciar la sesión en el sistema para realizar la visita. También recibirán un enlace para completar las escalas de detección que se realizan antes de cada visita para monitorear el progreso del paciente.

Continúa en la página siguiente...

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Acuerdo de Servicios de Telesalud y Consentimiento Informado (Cont.)

Reglas de Telemedicina

Al usar este método de comunicación, apreciamos que nuestros pacientes cumplan con las siguientes normas para las citas de telesalud.

(1) Las citas de telesalud solo se realizan para pacientes establecidos para el seguimiento después de que hayan sido evaluados para su primera visita en la oficina. No se llevarán a cabo evaluaciones iniciales a través de la telesalud.

(2) Los pacientes deben estar completamente vestidos en todo momento durante la sesión de telesalud, incluso si están en casa o en la cama. La sesión se finalizará si el paciente no está completamente vestido.

(3) Los pacientes que realizan la sesión de telesalud mientras están en su automóvil deben estar completamente estacionados. La sesión finalizará si el paciente está conduciendo durante la videollamada.

(4) Los pacientes menores de 18 años DEBEN estar acompañados por uno de los padres o tutor legal/guardián.

(5) No somos responsables de que se divulgue la información de salud protegida del paciente si elige llevar a cabo su sesión de telesalud mientras se encuentra en un lugar público rodeado de personas.

(6) Las sesiones de telesalud no se llevarán a cabo si un paciente está en un baño o mientras realiza cualquier comportamiento inapropiado.

(7) Los pacientes deben completar las escalas de detección **antes** de la cita, deben probar su conectividad con el sistema y haber iniciado sesión **antes** de la hora de su cita. Iniciar sesión en el sistema después de la hora de su cita puede resultar en la reprogramación de la cita.

Nota: A veces en psiquiatría, puede haber retrasos en el tiempo de la cita si un paciente anterior ha necesitado clínicamente más tiempo del asignado para su cita para ayudar a controlar su condición y / o situación. Los retrasos no se promoverán si son causados por un paciente que llega tarde a su cita y no está listo a tiempo.

El incumplimiento de cualquiera de las "Reglas de Telemedicina" puede resultar en la terminación inmediata de su sesión y la reprogramación de su cita.

He leído y entiendo la siguiente información importante con respecto a los servicios de telesalud. Mi firma indica mi consentimiento para este método de tratamiento.

_____	_____
Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián	Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde)
_____	_____
Firma de Testigo	Nombre de Testigo (Letra Molde)

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ Fecha: ___/___/_____

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Derechos del Paciente:

- El paciente tiene derecho a recibir información del Dr. Olivera-Rodríguez y a discutir los beneficios, riesgos y costos de alternativas de tratamiento apropiadas. Los pacientes también tienen derecho a obtener copias o resúmenes de sus registros médicos, a tener sus preguntas respondidas, a ser informados de posibles conflictos de intereses y a recibir una opinión profesional independiente.
- El paciente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a la atención médica que se recomienda, por lo tanto, son capaces de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado.
- El paciente tiene derecho a cortesía, respeto, dignidad, capacidad de respuesta y atención oportuna a sus necesidades, independientemente de su raza, religión, origen étnico o nacional, género, edad, orientación sexual o discapacidad.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad. El Dr. Olivera-Rodríguez no revelará comunicaciones o información confidencial sin el consentimiento del paciente, a menos que lo disponga la ley o por la necesidad de proteger el bienestar de la persona o el interés público.
- El paciente tiene derecho a la continuidad de la atención médica. El Dr. Olivera-Rodríguez tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada con otros proveedores de atención médica que tratan al paciente. El Dr. Olivera-Rodríguez puede interrumpir la atención o cuidado médico, siempre que le dé al paciente asistencia razonable, dirección y oportunidad suficiente para hacer arreglos alternos.

Responsabilidades del Paciente:

- Una buena comunicación es esencial para una relación exitosa médico-paciente de salud. En la medida de lo posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser honestos y expresar sus preocupaciones claramente para tener mejores resultados en su tratamiento.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar una historia médica y psiquiátrica completa, a lo mejor de su conocimiento, incluyendo información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, antecedentes familiares de enfermedades y otros asuntos relacionados con su salud presente y pasada.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre su estado de salud o tratamiento tantas veces como sea necesario cuando no entienden completamente lo que se ha descrito o recomendado.
- Una vez que se acuerda un plan de tratamiento, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con dicho plan de tratamiento. El cumplimiento de las instrucciones del psiquiatra es a menudo esencial para garantizar buenos resultados del tratamiento y garantizar la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de revelar con veracidad si se siguen los tratamientos previamente acordados e indicar cuándo les gustaría reconsiderar el plan de tratamiento.
- Los pacientes también deben tener un interés activo en los efectos de su conducta o comportamiento en los demás y abstenerse de tal comportamiento que pone en riesgo la salud o la seguridad de los demás.

Por la presente entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de Lumos Psychiatric Services. He leído y entiendo los términos que describen anteriormente.

_____ _____

Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián | Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde)

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____Fecha: ___/___/_____

Políticas de la Oficina

Estoy aquí para atender las necesidades de salud mental de cada paciente y solicito su cooperación en el cumplimiento de las siguientes políticas de oficina con el fin de ayudar mejor a usted y a los demás.

Responsabilidades del Paciente:

Es responsabilidad del paciente y/o tutor informar a los Lumos Psychiatric Services, de cualquier cambio en la información de teléfono, dirección y seguro médico con el fin de asegurar adecuadamente la continuación de sus citas.

Confidencialidad:

Lumos Psychiatric Services & Luis J. Olivera-Rodríguez, MD se adhieren a la estricta confidencialidad de acuerdo con las leyes federales, las leyes estatales y las regulaciones de la HIPAA. Ninguna información será revelada a menos que sea específicamente autorizada por escrito por el paciente o su tutor o bajo citación emitida por un tribunal. Hay algunas excepciones a la confidencialidad, por ejemplo, si un paciente debe expresar o reportar una intención específica y grave de causar daño a sí mismo o a otros, el Dr. Olivera-Rodríguez puede romper este acuerdo, pero sólo cuando sea necesario para la seguridad del paciente, así como la seguridad de los demás. Por ley, también tengo el deber de denunciar casos de abuso cuando la víctima es menor de edad, anciano o discapacitado. Por ley también tengo el deber de informar al Departamento de Salud local de cualquier estado de VIH /infección o infección potencial a una pareja romántica que el paciente ha identificado.

Pagos:

Cada paciente es responsable de pagar las cuotas y cualquier saldo que no esté cubierto por su seguro en el momento de la cita. Si necesita hacer un acuerdo de pago especial, por favor, discuta esto con mi personal de oficina **antes de la visita**. Por cada transacción de tarjeta de débito o crédito se cobrará un **cargo de procesamiento de $2.00**. Se aceptarán pagos en efectivo o cheque. Se cobrará una **tarifa de $30.00** por todos los cheques devueltos y no se aceptarán pagos con cheque del paciente a partir de entonces. Si un paciente no logra una restitución adecuada de cualquier saldo pendiente dentro de un plazo razonable, es posible que el paciente no pueda continuar recibiendo servicios en esta oficina y puede tener que buscar servicios en otro lugar. Si está en un "Período de Gracia" debido a la falta de pago de su prima de seguro, se le cobrará la tarifa de pago por cuenta propia para la visita hasta que se resuelva el problema.

Tenga en cuenta que la cotización de su elegibilidad y beneficios de seguro (por ejemplo, copago, coaseguro y / o deducible) no es una garantía, ya que esto está fuera de nuestro control. Todos los beneficios están sujetos a elegibilidad, necesidad médica y los términos, condiciones, limitaciones, exclusiones y niveles de pago de la póliza de seguro de salud del paciente en el momento en que se prestan los servicios y se procesa el reclamo.

Hora de Llegada:

Los horarios de las citas están reservados para usted y deben comenzar rápidamente para evitar retrasos en el horario y afectar a otros pacientes. No habrá período de gracia para llegadas tardías, su cita será cancelada / reprogramada. Requerimos que llegue a la oficina **20 minutos antes** de su cita de seguimiento cara a cara, para garantizar adecuadamente su sesión. Para los pacientes nuevos (Evaluación Inicial), requerimos que llegue **1 hora antes** de la hora de su cita si no ha completado los formularios de admisión y las escalas de detección, y **30 minutos antes** de la hora de su cita si ha completado los formularios y las escalas de detección. Este tiempo es necesario para la realización del triaje o pre-evaluación, las escalas de cribado y la recaudación de pagos. Para las citas de seguimiento de telesalud, requerimos que realice sus escalas de detección y que el pago y / o el saldo de la visita, se realicen antes de la hora de su cita de telesalud. También se requiere que inicie la sesión **5-10 minutos antes** de la hora de su sesión.

Tenga en cuenta que, en algunas ocasiones, el Proveedor puede retrasarse debido a que un paciente(s) necesita clínicamente tiempo adicional para su sesión. Agradecemos su paciencia durante estas circunstancias imprevistas. Por esta razón, le recomendamos que no programe otras citas cerca de su tiempo de sesión, ya que un retraso en el horario puede ser un conflicto con otras citas que pueda tener.

Ausencias/Cancelaciones Tardías:

Las citas perdidas o las citas que no se cancelan **24 horas antes** de la hora programada de la cita se cobrarán una **tarifa de $30.00 para citas de 20 minutos o una tarifa de $60.00 para citas de 40 minutos**. Si presenta pruebas para la falta de cita, esta tarifa puede ser eliminada caso por caso. El seguro no reembolsará al paciente por este cargo, ni Lumos Psychiatric Services facturará el seguro por él. El servicio de recordatorio en esta oficina envía confirmaciones y recordatorios a través de llamadas, correos electrónicos o mensajes de texto como cortesía sólo a nuestros pacientes, pero es responsabilidad del paciente mantener el tracto y cumplir con las citas programadas.

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Políticas de la Oficina (Cont.)

Recargas de recetas / Recetas perdidas o robadas:
En caso de falta de citas, pérdida de una receta y/o un cambio en la farmacia no relacionado con su seguro, se cargará **una tarifa administrativa de $10.00** a la cuenta del paciente para las solicitudes de recarga debido a esta razón. Si presenta pruebas para la falta de cita, esta tarifa puede ser eliminada caso por caso. El seguro no reembolsará al paciente por este cargo, ni Lumos Psychiatric Services facturará el seguro por él. Si una receta para un medicamento controlado es robada o perdida, el paciente o tutor debe hacer un informe a la policía y presentar ese informe o su número de referencia a nuestro personal de oficina para ser documentado en la tabla del paciente con el fin de recibir un reemplazo de e receta. El reemplazo de una receta de medicamentos controlada está limitado a **una vez por año** por paciente.

Otros Cargos por Servicio:
Habrá un cargo por la preparación de formularios, informes **(desde $50.00 por documento)** y cartas **(desde $25.00 por carta)** relacionados con los servicios prestados en esta oficina. Los formularios, informes y / o cartas tardarán hasta **30 días en completarse**. Aunque haremos todo lo posible para satisfacer las solicitudes urgentes, no podemos garantizar la finalización de dichos documentos si no se solicitan con tiempo suficiente. Con pocas excepciones, las tasas por la cumplimentación de estos documentos serán responsabilidad del paciente. Por favor, pregunte al personal de recepción si tiene alguna pregunta con respecto a cualquier cargo por documentación específica. Todas las fotocopias y solicitudes de los registros médicos del paciente se cobrarán $1.00 por página por las primeras 25 páginas y 0.35¢ por cada página adicional. Cualquier cambio realizado en las tarifas de servicio será informado a los pacientes con antelación.

Emergencias/Llamadas Después de Horas de Oficina:
En caso de una situación de emergencia (incluidas aquellas en las que una persona se siente fuera de control, incapaz de cuidarse a sí misma, o teniendo pensamientos serios acerca de lastimarse a sí misma o a los demás), **llame al 911 inmediatamente o vaya a la sala de emergencias** más cercana, ya que nuestra oficina es no están equipados para gestionar tales emergencias. También puede **llamar o enviar un mensaje de texto al 988**, la Línea de Vida de Suicidio y Crisis, que brinda apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas en crisis suicidas o angustia relacionada con la salud mental. Si usted tiene una preocupación urgente que usted necesita para discutir con la Dra. Olivera-Rodríguez, por favor llame a la oficina para reprogramar su cita a una fecha anterior. Todos los mensajes de teléfono, incluidos los que se encuentran después del horario de oficina en el servicio de correo de voz serán devueltos y respondidos dentro de las próximas 48 horas hábiles por el personal de la oficina en el orden en que fueron recibidos.

Evaluaciones de Salud Mental:
Estoy de acuerdo en una solicitud hecha por Lumos Psychiatric Services, para completar una escala de detección gratuita para la evaluación de salud mental proporcionada en mi visita al consultorio, administrada antes de mi nombramiento por el personal de asistente médico, e interpretada por el Dr. Olivera-Rodríguez, con el propósito de medir, resumir y determinar los síntomas de depresión, ansiedad, manía y/u otros síntomas psiquiátricos como parte de la evaluación.

Pruebas Farmacogenéticas:
El Dr. Olivera-Rodríguez ofrece a sus pacientes la oportunidad de realizar pruebas farmacogenéticas con el producto Genesight de la empresa Assurex. Se trata de un simple hisopo en la boca para recoger el ADN del paciente para identificar patrones de metabolismo de los medicamentos y posibles desventajas para el uso de ciertos medicamentos. Los resultados de esta prueba generalmente ayudan a guiar el tratamiento con medicamentos de cada paciente de una manera más individualizada con la obtención de mejores resultados en la mayoría de los casos.

Pruebas de Detección de Drogas:
Por la presente estoy de acuerdo, en la política de pruebas de drogas/alcohol de Lumos Psychiatric Services, en llevar a una prueba de drogas o alcohol y proporcionar una muestra de mi orina para su análisis. Entiendo y acepto que, si en algún momento me niego a someterme a una prueba de drogas o alcohol bajo la política de la compañía, o si de otra manera no coopero con los procedimientos de prueba, que el Dr. Olivera-Rodríguez puede determinar no proporcionarme receta de mis medicamentos en medicamentos controlados en particular. Además, autorizo y doy permiso completo para que el asistente médico de Lumos Psychiatric Services envíe la muestra recogida a un laboratorio para pruebas de detección para determinar la presencia de sustancias prohibidas bajo la política y para el laboratorio u otras instalaciones de pruebas para divulgar toda la documentación relacionada con los resultados de dicha prueba a Lumos Psychiatric Services con el fin de monitorear mi tratamiento.

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Políticas de la Oficina (Cont.)

Vigilancia de Vídeo para Seguridad:
Lumos Psychiatric Services ha puesto en marcha cámaras de videovigilancia en las áreas comunes de la oficina por motivos de seguridad. Estos se encuentran en la sala de espera y el pasillo principal de la oficina. Son sólo grabación de vídeo y **NO** tienen grabación de audio. No habrá cámaras en ninguna de las oficinas de la práctica. Por la presente estoy de acuerdo y entiendo el propósito de la videovigilancia en la oficina.

Cambios en este Aviso:
Lumos Psychiatric Services y/o el Dr. Olivera-Rodríguez se reservan el derecho de modificar este aviso en cualquier momento en el futuro y pondrán las nuevas disposiciones a disposición de todos los pacientes para toda la información que mantenga. A petición, usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

Por la presente entiendo y acepto seguir las Políticas de la Oficina de Lumos Psychiatric Services. Cualquier violación o incumplimiento de estas Políticas de la Oficina, puede conducir a mi despido como paciente de esta práctica. He leído y acepto cumplir con los términos descritos anteriormente.

_____ Fecha: ____/____/_____

Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián

_____

Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde)

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ Fecha: ___/___/_____

Autorización para Divulgar Información a Individuos No Médicos y/o Capacidad de Tomar Decisiones

- Muchos de mis pacientes solicitan permitir que los miembros de la familia u otras personas llamen, recojan documentos y soliciten información médica o de facturación en su nombre. Bajo los requisitos de la HIPAA, no se me permite dar esta información a nadie a menos que tenga el consentimiento informado del paciente. Si desea que alguna de esta información se divulgue a las personas de su elección, este formulario debe completarse. Si no desea proporcionar esta autorización, dibuje una línea a través del formulario y firme en la parte inferior.

Yo, _____, por la presente autorizo al personal de Lumos Psychiatric Services y/o al Dr. Olivera-Rodríguez a divulgar la siguiente información:

- ☐ Recetas/Medicamentos
- ☐ Registros médicos
- ☐ Fechas de cita/Hora y/o Cambios/Cancelar
- ☐ Recoger formularios o cartas
- ☐ Información de facturación
- ☐ Otro:

A la(s) persona(s) siguiente(s):

Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____
Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____
Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta: ___/___/_____.

- Muchos padres de mis pacientes pediátricos (de 5 a 17 años/o) a menudo necesitan enviar a sus hijos a sus citas con otros miembros de la familia (padrastros, abuelos, tías o tíos) cuando sus horarios les impiden traerlos por su cuenta. Desafortunadamente, estos miembros de la familia no tienen poder de decisión para tomar decisiones médicas para el padre del paciente a menos que se dé específicamente por escrito. Si desea dar este permiso a un miembro de la familia u otro para ayudarle en el cuidado de sus hijos, por favor complete esta parte del formulario, pero las personas asignadas deben ser adultos mayores de 18años y tener una identificación adecuada que se agregará en el expediente del paciente. Si no desea proporcionar esta autorización, dibuje una línea a través del formulario y firme en la parte inferior.

Yo, _____, por la presente autorizo al Dr. Luis J. Olivera-Rodríguez a tomar decisiones de tratamiento para mi hijo con las siguientes personas:

Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____
Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____
Nombre:_____ Fecha Nac: ___/___/_____ Relación: _____

Esta autorización permanecerá en vigor hasta: ___/___/_____.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que, al dar este consentimiento, permitiré que la(s) persona(s) identificada(s) anteriormente inspeccione o copie la información médica protegida para ser revelada. Como resultado, la información revelada a cualquier destinatario anterior ya no estará protegida por la ley federal o estatal y que puede estar sujeta a la re-divulgación por parte de su destinatario.

_____ _____
Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián — Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde)

_____ _____
Firma de Testigo — Nombre de Testigo (Letra Molde)

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433

Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ Fecha: ___/___/_____

Autorización para Enviar u Obtener Información Médica Confidencial

Yo, _____, por la presente autorizo a Lumos Psychiatric Services y/o Luis J. Olivera-Rodríguez, MD a ☐ Liberar u ☐ Obtener información médica confidencial por correo o fax a/desde:

Nombre Médico: _____ Nombre Práctica: _____
Dirección: _____
Numero Teléfono: _____ Número Fax: _____

Se divulgará la siguiente información:

☐ Expedientes Médicos Fechas de:___/___/_____ a: ___/___/_____
☐ Evaluación Psiquiátrica ☐ Evaluación Psicológica ☐ Tratamiento de Abuso de Sustancias
☐ Notas de Manejo de Medicamentos ☐ Otra: _____

Con el fin de: ☐ Continuidad del Cuidado ☐ Personal ☐ Autorización psiquiátrica ☐ Otra: _____

Entiendo que esta información puede ser utilizada para divulgar información relacionada con el tratamiento de salud mental. Además, entiendo que la información divulgada puede incluir datos psiquiátricos, abuso de drogas/alcohol y/o VIH/SIDA. Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización o a recuperar mi consentimiento en cualquier momento antes de la divulgación de información. Si no revoco esta autorización, expirará automáticamente un año a partir de la fecha de firma, a menos que se indique lo contrario a continuación.

_____ _____ ___/___/_____
Firma de Paciente o Tutor Legal/Guardián — Nombre de Paciente o Tutor Legal/Guardián (Letra Molde) — Fecha

_____ _____ ___/___/_____
Cuando aplique, Firma de: — Cuando aplique, Nombre (Letra Molde): — Fecha
☐ Padre ☐ Guardian ☐ Proxy de Atención Médica ☐ Poder Judicial ☐ Padre ☐ Guardian ☐ Proxy de Atención Médica ☐ Poder Judicial

_____ _____ ___/___/_____
Firma de Testigo — Nombre de Testigo (Letra Molde) — Fecha

Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por las reglas de confidencialidad federal es de los Estatutos de Florida 394-459, 397.501 y/o 90.503 y 42 del Código de Regulaciones Federales. Esta divulgación de información demuestra el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), estándares para la privacidad de la información de salud identificable individual (Normas de Privacidad) 45 CFR, 160 y 164, y todos los reglamentos y directrices interpretativas promulgadas en virtud de. Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente la divulgación por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 CFR Parte 2 y los Estatutos de Florida 394-459, 397.501 y/o 90.503. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Me han informado de que esta autorización está sujeta a revocación por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que los Lumos Psychiatric Services ya han tomado medidas en función de ella. Una vez divulgada la información protegida solicitada, el Reglamento de Privacidad ya no podrá protegerla si el destinatario de la PHI la vuelve a divulgar. Además, entiendo que, a pesar de todo el cuidado que se haya tenido, la información es recibida ocasionalmente por una parte que no tiene la intención de ser el destinatario. Por la presente libero a Lumos Psychiatric Services y al Dr. Luis J. Olivera-Rodríguez de toda responsabilidad en caso de que esta información sea recibida por alguien que no sea el destinatario antes deseado.

6001 Vineland Road Suite 109 Orlando FL 32819 / P: (407) 930-6684 F: (949) 404-8433