

Welcome to Mindful Behavioral Healthcare!

We always strive to provide the best treatment possible for our patients. We appreciate that you have chosen Mindful Behavioral Healthcare and Counseling Services to obtain your mental health needs.

In this packet, you will find everything that you need to assist us in getting to know you better. We will appreciate you bringing to our office all of the enclosed forms completed. In addition, the following is a checklist of all the information you need to bring for your visit:

- A list of all current medications with their dosage and frequency
- Copy of insurance card and valid ID (If child, bring parent/guardian ID)
- Copy of the following (if available):
 - Psychological Evaluation
 - School Records
 - Prior Mental Health Treatment Records
- If recently discharged from a psychiatric facility, bring a copy of the medical records or summary of the visit
- Information about your primary care provider
- Pharmacy information
- Completion of the following forms:
 - New Patient Information Form
 - Authorization to Release or Obtain Confidential Information
 - Behavioral Questionnaire [if minor, to be completed by teacher(s)]
- Read through and sign the following:
 - Patient Rights and Responsibilities
 - Office Policies

Thank you for choosing Mindful Behavioral Healthcare! We look forward to providing you with the highest quality of mental health services.

Bienvenido a Mindful Behavioral Healthcare!

Agradecemos que haya elegido a *Mindful Behavioral Healthcare* para obtener sus servicios de salud mental. Siempre nos esmeramos en proveer el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes.

En este paquete informativo encontrará todo lo que necesita para ayudarnos a conocerle mejor. Le agradeceremos que complete los formularios adjuntos y los entregue a nuestra oficina para la acción pertinente. A continuación se incluye una lista que indica la información y documentos requeridos por nuestra oficina para su visita inicial:

- Medicamentos que toma actualmente, incluyendo la dosis y frecuencia
- Copia de la tarjeta de seguro médico y una identificación válida con foto (si el paciente es menor de edad, el padre o guardián deberá proveer su identificación)
- Copia de los siguientes documentos (si aplican):
 - Evaluación Psicológica
 - Expedientes Escolares
 - Expedientes Previos de Tratamiento de Salud Mental
- Si ha sido dado de alta de un hospital recientemente, traer una copia del expediente clínico o nota de progreso de su visita
- Información de su proveedor médico primario (nombre, dirección y teléfono)
- Información de su farmacia (nombre, dirección y teléfono)
- Completar y entregar los siguientes formularios:
 - Formulario de Información para Pacientes Nuevos
 - Autorización para Divulgar u Obtener Información Confidencial
 - Cuestionario de Conducta (a ser completado por el maestro, si es un menor)
- Leer y firmar lo siguiente:
 - Derechos y Responsabilidades del Paciente
 - Política de Servicio de la Oficina

¡Gracias por elegir a Mindful Behavioral Healthcare! Esperamos brindarle servicios de salud mental de calidad a usted y a su familia.

New Patient Information and Consent for Treatment Form
Formulario de Información Demográfica y Consentimiento para Tratamiento de Pacientes Nuevos

Date (Fecha): ____/____/____

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial): _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal): _____

Home Phone (Teléfono del Hogar): (_____) _____ Cell Phone (Celular): (_____) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): ____/____/____ Social Security # (Seguro Social): _____

Legal Status (Estatus Legal): Minor (Menor) Single (Soltero[a]) Married (Casado[a]) Widowed (Viudo[a]) Separated (Separado[a])
 Divorced (Divorciado[a])

Ethnicity (Etnicidad): Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino Prefer not to Answer (Prefiero no Responder)

Race (Raza): American Indian/Alaska Native Asian Black/African American White Other: _____ I Prefer not to Answer

Employer (Empleo): _____ Occupation (Ocupación): _____

E-mail: _____ How can we best remind you of your appointments? Text E-mail Phone Call
(Como podemos comunicarnos con usted para recordarle de su cita? Texto E-mail Llamada Telefonica)

Please be aware that if you choose the text option to receive appointment reminders, message and data rates may apply. Please consult your telephone company. (Queremos recordarle que si utiliza el sistema de mensajes a través del teléfono, algunos cargos pueden aplicar. Favor de consultar con su compañía telefónica.)

If you are not 18 years of age, a parent or guardian must sign these forms for consent to treat you and financial responsibility. (Si es menor de 18 años de edad, el padre o guardián tiene que firmar el Formulario de Consentimiento para proveer tratamiento y confirmar la responsabilidad financiera.)

Parent/Guardian Name (Nombre de Padre/Guardián): _____

Medical Insurance Information
(Información del Seguro Médico)

Name of Insured (Nombre del Asegurado): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

If you are financially responsible for all charges, please check here (Si usted es financieramente responsable de todos los cargos, por favor marque aquí)

Relation to Patient (Relación con el Paciente): _____ Social Security # (Seguro Social): _____

Insurance Company (Compañía de Seguro): _____ Group # (Número del Grupo): _____

ID #: _____ Phone: (Teléfono): (_____) _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____

State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal): _____

New Patient Information and Consent for Treatment Form (cont.)

Formulario de Información Demográfica y Consentimiento para Tratamiento de Pacientes Nuevos (cont.)

Primary Care Physician
(Médico Primario)

Name (Nombre): _____

Phone (Teléfono): (_____) _____ **Fax:** (_____) _____

Address (Dirección): _____ **City (Ciudad):** _____

State (Estado): _____ **Zip Code (Zona Postal):** _____

Medication
(Medicamentos)

Pharmacy Name (Nombre de Farmacia): _____ **Phone (Teléfono):** (_____) _____

Current Medications (Medicamentos Actuales):

Name (Nombre)	Dosage & Frequency (Dosis y Frecuencia)	Name (Nombre)	Dosage & Frequency (Dosis y Frecuencia)
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

If additional space is needed, please write the information on the back of this page and check here:

(Si necesita espacio adicional, por favor escriba la información en el reverso de esta página y marque aquí):

Emergency Contact

(Persona Contacto en Caso de Emergencia)

Name (Nombre): _____ **Relationship to the Patient (Relación con el Paciente):** _____

Home Phone (Teléfono del Hogar): (_____) _____ **Cell Phone (Celular)** (_____) _____

New Patient Information and Consent for Treatment Form (cont.)

Formulario de Información Demográfica y Consentimiento para Tratamiento de Pacientes Nuevos (cont.)

Consent for Treatment (Consentimiento Para Tratamiento)

I, _____, authorize **Mindful Behavioral Healthcare(MBH)** to provide evaluation and treatment services for myself or _____ (patient's name, if minor). I understand that although **MBH** strives in providing the best treatment possible for their patients, there are no guarantees that the treatment provided may yield the desired results. Every treatment will be conducted in a **confidential** manner, as stated under the **HIPAA Regulations**. Disclosure of confidential information will not be permitted unless specifically authorized in writing by the patient or guardian, or under a subpoena issued by a court. I understand that **MBH** is obligated by Florida Statutes 827.03 and 394.451-394.47892 to report any suspiciousness of child abuse and/or neglect or if they demonstrate potential to cause harm to self or others. In addition, I understand that MBH must report to the local Health Department any HIV status/infection or potential infection to a partner that the patient has identified pursuant to Florida Statute 456.061(1), F.S. and Rule 64D-2.00.(2)(I), F.A.C. I am aware that **MBH** is committed to the training and education of individuals in the mental health field. I have the right to authorize or decline giving information and/or be assessed by any staff in training.

Yo, _____, autorizo a **Mindful Behavioral Healthcare(MBH)** a ofrecer servicios de evaluación y tratamiento psiquiátrico, y de consejería para mí o _____ (nombre del paciente si es menor de edad). Entiendo que aunque **MBH** se esmera en proporcionar el mejor tratamiento posible a sus pacientes, el tratamiento provisto no siempre produce ni garantiza los resultados deseados. Cada tratamiento se llevará a cabo de manera **confidencial**, según las **reglamentaciones de HIPAA**. No se permitirá la divulgación de información confidencial sin la autorización escrita del paciente o guardián, o bajo una orden judicial emitida por un tribunal. Entiendo que **MBH** está obligado por ley en el estado de la Florida, Estatuto 827.03 y 394.451-394.47892, a reportar cualquier sospecha de abuso y/o abandono, o si un paciente demuestra la posibilidad de causar daño a sí mismo o a otras personas. *En adición, nos reservamos el derecho de reportar al Departamento de Salud o a terceras personas sobre la posibilidad de Infección o HIV estatus de personas identificadas por el paciente de acuerdo a las leyes del estado de la Florida Estatuto 456.061(1), F.S. y 64D2.003(2)(I), F.A.C.* Entiendo que **MBH** entrena y educa a personas en el área de salud mental. Me reservo el derecho de autorizar o declinar dar información y/o ser evaluado por cualquier personal en entrenamiento.

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand that it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, have a change in health. (Entiendo que la información provista es completa y es correcta. Comprendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si hay cambios en mi condición de salud o en la de mi hijo(a) menor de edad.)

Patient or Parent/Guardian Signature
(Firma del Paciente o Padre/Guardián)

Parent/Guardian Name (Print)
(Nombre del Padre/Guardián en Letra de Molde)

Date
(Fecha)

Patient Name (Print)
(Nombre del Paciente en Letra de Molde)

Date of Birth
(Fecha de Nacimiento)

Patient Rights and Responsibilities

Confidentiality

It is the policy of **Mindful Behavioral Healthcare**, to handle all patient information confidentially. We make every effort to provide our patients with an environment that is safe, private and respectful of our patient's needs. If you have a complaint or concern, we want to hear from you. We will do everything we can to see that your experience with us is of the highest quality.

Issues of Care

Mindful Behavioral Healthcare is committed to your participation in clinical care decisions. As a patient, you have the right to ask questions and receive answers regarding the course of clinical care recommended by any of our health providers, including discontinuing care. We urge you to follow the healthcare directions given to you by our providers. However, if you have any doubts or concerns, or if you question the care prescribed by our providers, please call our office staff.

Patient Rights

- The patient has the right to receive information from health providers and to discuss the benefits, risks, and costs of appropriate treatment alternatives. Patients should receive guidance from their health providers as to the optimal course of action. Patients are also entitled to obtain copies or summaries of their medical records, to have their questions answered, to be advised of potential conflicts of interest that their health providers might have, and to receive independent professional opinions.
- The patient has the right to make decisions regarding the health care that is recommended by his or her health provider. Accordingly, patients may accept or refuse any recommended medical treatment.
- The patient has the right to courtesy, respect, dignity, responsiveness, and timely attention to his or her needs, regardless of race, religion, ethnic or national origin, gender, age, sexual orientation, or disability.
- The patient has the right to confidentiality. The health provider should not reveal confidential communications or information without the consent of the patient, unless provided for by law or by the need to protect the welfare of the individual or the public interest.
- The patient has the right to continuity of health care. The health provider has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health providers treating the patient. The health provider may discontinue care, provided they give the patient reasonable assistance, direction, and sufficient opportunity to make alternative arrangements.

Patient Responsibilities

- Good communication is essential to a successful health provider-patient relationship. To the extent possible, patients have a responsibility to be honest and express their concerns clearly to their health providers.
- Patients have a responsibility to provide a complete medical history, to the best of their knowledge, including information about past illnesses, medications, hospitalizations, family history of illness and other matters relating to their present health.
- Patients have a responsibility to request information or clarification about their health status or treatment when they do not fully understand what has been described.
- Once patients and health providers agree upon the goals of therapy, patients have a responsibility to cooperate with the treatment plan. Compliance with their health provider's instructions is often essential to public and individual safety. Patients also have a responsibility to truthfully disclose whether previously agreed upon treatments are being followed and to indicate when they would like to reconsider the treatment plan.
- Patients should also have an active interest in the effects of their conduct on others and refrain from behavior that places the health of others at risk.

I hereby understand my rights and responsibilities as a patient of Mindful Behavioral Healthcare. I have read and understand the terms described above:

Patient or Parent/Guardian Signature

Parent/Guardian Name (Print)

Date

Patient Name (Print)

Date of Birth

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Confidencialidad

Es la política de **Mindful Integrated Medicine**, manejar toda la información del paciente confidencialmente. Esto incluye registros de pacientes y conversaciones e investigará cualquier violación de esta política. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con un representante de recepción para obtener información adicional. Hacemos todo lo posible para proporcionar a nuestros pacientes un ambiente seguro, privado y respetuoso basado en sus necesidades. Si tiene algún comentario sobre nuestros servicios, instalaciones o personal, queremos saber de usted. Haremos todo lo posible para que su experiencia con nosotros sea de la más alta calidad.

Cuestiones de Cuidado

Mindful Integrated Medicine se compromete en hacerle participe en las decisiones de su cuidado. Como paciente, usted tiene el derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el curso de su cuidados clínico recomendado por cualquiera de nuestros proveedores de salud, incluyendo la interrupción de servicios. Le instamos a que siga las instrucciones de atención médica que le han dado nuestros proveedores. Sin embargo, si tiene alguna duda o pregunta sobre el cuidado médico ofrecido por nuestros proveedores, por favor contacte nuestra oficina.

Derechos del Paciente

- El paciente tiene derecho a recibir información de los proveedores de salud y a discutir los beneficios, riesgos y costos de las alternativas de tratamiento adecuadas. Los pacientes deben recibir orientación de sus proveedores de salud en cuanto al curso óptimo de acción. Los pacientes también tienen derecho a: obtener copias o resúmenes de sus expedientes médicos, que se les responda a sus preguntas, que se les informe de posibles conflictos de interés que puedan tener sus proveedores de salud y a recibir opiniones profesionales independientes.
- El paciente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a la atención médica recomendada por su proveedor de salud. En consecuencia, los pacientes pueden aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico recomendado.
- El paciente tiene derecho a la cortesía, respeto, dignidad, capacidad de respuesta y atención oportuna a sus necesidades, independientemente de su raza, religión, origen étnico o nacional, sexo, edad, orientación sexual o discapacidad.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad. El proveedor de salud no debe revelar comunicaciones o información confidencial sin el consentimiento del paciente, a menos que lo estipule la ley o la necesidad de proteger el bienestar del individuo o el interés público.
- El paciente tiene derecho a la continuidad de la atención médica. El proveedor de salud tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada con otros proveedores de salud que tratan al paciente. El proveedor de salud puede interrumpir la atención, siempre que proporcione al paciente una asistencia razonable, dirección y suficiente oportunidad para hacer arreglos alternativos.

Responsabilidades del Paciente

- Una buena comunicación es esencial para una relación salud-paciente exitosa. En la medida de lo posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser honestos y expresar sus preocupaciones claramente a sus proveedores de salud.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar una historia médica completa, a lo mejor de su conocimiento, incluyendo información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, antecedentes familiares de enfermedad y otros asuntos relacionados con la salud actual.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o aclaración sobre su estado de salud o tratamiento cuando no entienden completamente lo que se ha descrito.
- Una vez que los pacientes y los proveedores de salud estén de acuerdo con los objetivos de la terapia, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el plan de tratamiento. El cumplimiento de las instrucciones de su proveedor de salud es a menudo esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de revelar sinceramente si los tratamientos acordados previamente están siendo seguidos e indicar cuándo quisieran reconsiderar el plan de tratamiento.
- Los pacientes también deben tener un interés activo en los efectos de su conducta en los demás y abstenerse de un comportamiento que pone en riesgo la salud de los demás.

Yo entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de la Medicina Integrada Mindful. He leído y entiendo los términos descritos anteriormente:

Firma de Paciente o Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián en Letra de Molde

Fecha

Nombre de Paciente en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento

Office Policies

We are here to serve the mental health needs of every patient and we request your cooperation in adhering to the following office policies in order to better help you and others.

Payments

Every patient is responsible for paying fees and any balance that is not covered by his/her insurance at the time of the appointment. If you need to make special payment arrangements, please discuss this with our office staff **before** the visit. **A \$30 fee will be charged for all returned checks.** If a patient fails to make the proper restitution of any pending balance within a reasonable time, we will proceed to refer his/her account to a collection agency according to our financial policy and those terms under the Fair Debt Collection Practices Act.

Prescription Refills and Prior Authorizations

An administrative fee of \$25.00 will be charged to the patient's account for every pharmacy phone-in, mail away and fax-up prescription requests as a result of a patient's actions (lost prescription, failure to take new prescription to be filled on time and missed appointments). All medication will be prescribed only if the physician feels that it is clinically appropriate. Insurance will not reimburse the patient for these charges nor will Mindful Behavioral Healthcare bill the patient's insurance for them.

Lost or Stolen Prescriptions

If a script for a controlled medication is stolen or lost, the patient or guardian must make a report to the police and submit that report or its reference number to our office staff to be documented in the patient's chart, in order to receive a script replacement. The office may replace a prescription at the provider's discretion, but is limited to one prescription per year per patient.

Check-In Time

Appointment times are reserved for you and should start promptly. **We advise you to arrive at the office 15 minutes prior to your scheduled appointment in order to properly ensure your appointment.** If you arrive five minutes past your appointment time, you may have to reschedule your visit for another date. Although patients are scheduled at a specific time, the actual time in which they are seen could vary as certain clinical situations may arise, requiring additional time.

No Show/Late Cancellations

Missed appointments or appointments that are not canceled with a minimum of 48 hours' notice will be assessed **a fee of \$30.00. For Saturday and TMS (Transcranial Magnetic Stimulation) appointments, the fee will be \$50.00.** Insurance will not reimburse the patient for this charge, nor will **Mindful Behavioral Healthcare** bill the insurance for it. Our reminder service sends confirmation calls, emails, and texts as a courtesy only to our patients, but it is the patient's responsibility to keep track of appointments.

Patient Responsibilities

It is the patient's and/or guardian's responsibility to inform **Mindful Behavioral Healthcare**, of any telephone, address, and insurance information changes in order to properly ensure continuation of your appointments.

Other Service Charges

There will be a charge for the preparation and completion of reports, letters, certificates and forms related to the services provided at this office. With few exceptions, the fees for the completion of these documents will be the responsibility of the patient. Please ask our front desk staff for more information regarding fees. **All photocopies and requests of a patient's medical records will be charged \$1.00 per page, plus an administrative fee of \$10.00.** Any changes to the service fees will be informed in advance.

After Hours and Emergencies

In the event of an emergency situation (including those in which a person is feeling out of control, unable to care for him/herself, or having serious thoughts of harming themselves or others), **call 911 or go to the nearest Emergency Room**. If you have an urgent concern that you need to discuss with the physician, please call our office to reschedule your appointment to an earlier date. All phone messages left in the voice mail will be returned within 48 business hours by the office staff in the order in which they were received.

Confidentiality

Mindful Behavioral Healthcare adheres to strict confidentiality in accord with federal laws, state laws, and HIPAA regulations. No information will be disclosed unless specifically authorized in writing by the patient or his/her guardian or under subpoena issued by a court. There are rare exceptions to confidentiality for example, if a patient should express or report a specific and serious intent to inflict harm to themselves or others, your psychiatrist may break this agreement, but only when necessary in order to ensure the patient's safety, as well as the safety of others. By law, we also have a duty to report cases of abuse when the victim is a minor, elderly, or disabled.

Changes to this Notice

Mindful Behavioral Healthcare reserves the right to amend this Notice at any time in the future, and will make the new provisions available to its patients for all information that it maintains. Upon request, you have the right to a paper copy of this notice at any time.

Mental Health Assessments

I agree upon a request made by **Mindful Behavioral Healthcare**, to complete a free of charge computerized mental health assessment using an iPad provided by this office, administered prior to my appointment with the physician or nurse practitioner, with the purpose measuring, summarizing and determining symptoms of depression, anxiety, and chronic pain.

Drug Testing

I hereby agree, upon the drug/alcohol testing policy of **Mindful Behavioral Healthcare**, to submit to a drug or alcohol test and to furnish a sample of my urine for analysis. I understand and agree that if I at any time refuse to submit to a drug or alcohol test under company policy, or if I otherwise fail to cooperate with the testing procedures, I will be subject to the cancellation of my appointment until said sample is produced. I further authorize and give full permission to have **Mindful Behavioral Healthcare's** medical assistants send the specimen or specimens collected to a laboratory for a screening test to determine the presence of any prohibited substances under the policy and for the laboratory or other testing facility to release any and all documentation relating to the results of such test to **Mindful Behavioral Healthcare** for the purposes of monitoring my treatment.

Video Surveillance

To ensure the safety and security of all individuals visiting our facilities, **Mindful Behavioral Healthcare** will be conducting ongoing video surveillance throughout the premises, with the exception of restrooms. Video recordings will only be accessed by authorized management, designated personnel, or law enforcement. The footage *may* be intermittently viewed for quality assurance purposes. **Mindful Behavioral Healthcare** will not utilize any of these recordings for promotional purposes. We will remain compliant with all HIPAA, State, County and Federal regulations to ensure patient confidentiality at all times.

I hereby understand and agree to follow the Office Policies of Mindful Behavioral Healthcare. Any violations or non-compliance to these Office Policies, may lead to my dismissal as a patient from this practice. I have read and agree to comply with the terms described above:

Patient or Parent/Guardian Signature	Parent/Guardian Name (Print)	Date
Patient Name (Print)	Date of Birth	

Política de Servicio de la Oficina

Estamos aquí para servir las necesidades de salud mental de cada paciente y solicitamos su colaboración para seguir las siguientes políticas de esta oficina.

Pagos

Cada paciente es responsable de pagar cargos y cualquier saldo que no está cubierto por su seguro médico a la hora de la cita. Si necesita hacer arreglos de pago especiales, por favor discutirlos con nuestro personal de oficina antes de la visita. **Se cobrará una tarifa de \$30 por todo cheque devuelto.** Si un paciente no hace la restitución adecuada de cualquier saldo pendiente en un plazo razonable, se procederá a transferir su cuenta a una agencia de cobro de acuerdo con nuestra política financiera y los términos bajo el *Fair Debt Collection Practices Act*.

Recetas de Medicamentos y Autorizaciones Previas

Se cobrará a la cuenta del paciente una tasa administrativa de \$25.00 por cada llamada a la farmacia, por envío correo, o fax, como resultado de acciones del paciente (recetas perdidas, falta de tomar una nueva receta para llenar en tiempo y citas perdidas). Todos los medicamentos se recetarán sólo si el médico entiende que es clínicamente apropiado. El seguro médico ni **Mindful Behavioral Healthcare** reembolsarán al paciente estos cargos, ni facturarán al seguro médico del paciente.

Hora de la Cita

Las citas están reservado para usted y deben comenzar puntualmente. **Le recomendamos llegar a la oficina 15 minutos antes de su cita programada para garantizar adecuadamente.** Si usted llega cinco minutos después de su cita, tiene que reprogramar su visita para otra fecha. Aunque los pacientes se han programado esta específico, puede variar el tiempo real en el que sea atendido cómo pueden surgir ciertas situaciones clínicas, que requieren tiempo adicional.

Cancelaciones

Toda cita perdida o no cancelada con 48 horas de antelación, tendrá un cargo de **\$30.00** para el paciente. En el caso de citas para el tratamiento de TMS (Estimulación Magnética Transcraneal) y aquellas reservadas para los sábados, se cobrará un cargo de **\$50.00** a los pacientes que se ausenten o no cancelen las mismas con 48 horas de antelación. El seguro médico no le reembolsará al paciente dicho cargo, ni **Mindful Behavioral Healthcare** lo facturará al seguro del paciente. Nuestro servicio de recordatorio de citas a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos y textos es una cortesía para nuestros pacientes, ya que es responsabilidad de cada paciente darle el debido seguimientos a sus citas.

Responsabilidades del Paciente

Es responsabilidad del paciente o del guardián informar al personal de **Mindful Behavioral Healthcare** acerca de cualquier cambio en el número de teléfono, dirección, seguro y/o datos demográficos del paciente para mantener un registro actualizado del paciente para continuar permaneciendo en contacto con el paciente.

Otros cargos por servicio

Habrà un cargo por la preparación y realización de informes, cartas, certificados y formularios relacionados con los servicios prestados en esta oficina. Con pocas excepciones, los honorarios para la realización de estos documentos serán responsabilidad del paciente. Por favor pregunte a nuestro personal de recepción para más información sobre honorarios. **Todas las fotocopias y solicitudes de expedientes médicos del paciente se cobrarán \$1.00 por página, además de un cargo administrativo de \$10.00.** Cualquier cambio en los costos por servicio será informado con antelación.



Emergencias

En caso de una situación de emergencia (incluyendo en la que una persona se sienta fuera de control, o tenga pensamientos de hacerse daño a sí misma u otros), **llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana**. Si usted tiene un asunto urgente y necesita hablar con el médico, por favor llame a nuestra oficina para hacer una cita. Todos los mensajes de teléfono dejados en el correo de voz, serán devueltos en el orden en que fueron recibidos dentro de 48 horas, de su recibo.

Confidencialidad

Nuestra oficina está consciente y se adhiere a los reglamentos de estricta confidencialidad de acuerdo a las leyes federales, estatales y regulaciones de HIPAA. Ninguna información será revelada a menos que sea autorizada por escrito por el paciente o su tutor o bajo citación emitida por un tribunal. Hay excepciones como por ejemplo, si un paciente expresa o informa su intención para infligir daño a sí mismos u otros, su psiquiatra pueden cancelar este acuerdo, pero sólo cuando sea necesario, para garantizar la seguridad del paciente, y de los demás. Por ley, también tenemos el deber de informar casos de abuso cuando la víctima es un menor de edad, anciano o impedido.

Cambios a esta Política de Servicio

Mindful Behavioral Healthcare se reserva el derecho de enmendar este aviso en cualquier momento y las nuevas disposiciones estarán disponibles a sus pacientes para su revisión. El paciente tiene el derecho a una copia en papel de este aviso en cualquier momento.

Evaluación de Salud Mental

Estoy de acuerdo con el requerimiento de la **Mindful Behavioral Healthcare** de completar una evaluación de salud mental computarizada usando un iPad proporcionado por esta oficina, a ser administrada antes de mi cita con el médico o proveedor de servicio, con el propósito de medir, evaluar y determinar los síntomas de depresión, ansiedad y dolor crónico que padezco al presente.

Pruebas de Drogas

Estoy de acuerdo a someterme a una prueba de alcohol o drogas y presentar una muestra de orina para el análisis de pruebas de drogas y alcohol. Entiendo y acepto si yo en algún momento me niego a someterme a una prueba de alcohol o drogas según la política de la oficina, o no coopero con los procedimientos de dichos pruebas, estare sujeto a la cancelación de mi cita. Además autorizo a que **Mindful Behavioral Healthcare** envíe la muestra recogida a un laboratorio para una prueba de detección y determinar la presencia de sustancias controladas y obtener los resultados de dichas pruebas para efectos de seguimiento a mi tratamiento.

Video Vigilancia

Con el propósito de garantizar la seguridad de todas las personas que visitan nuestras facilidades, **Mindful Behavioral Healthcare** ha implementado un sistema de vigilancia constante de video en todas las instalaciones, con la excepción de los baños. Solo el personal gerencial autorizado de esta oficina y las autoridades policíacas tendrán acceso a las grabaciones de video. El metraje de video se observará intermitentemente para fines de control de calidad. **Mindful Behavioral Healthcare** no utilizará las grabaciones obtenidas para propósitos promocionales. Nuestro objetivo es continuar cumpliendo con todas las reglamentaciones estatales, federales y la ley de HIPAA para asegurar la confidencialidad de nuestros pacientes.

Por la presente entiendo que cualquier violación a las reglamentaciones de Mindful Behavioral Healthcare podría resultar a mi despido como paciente de esta práctica. He leído y acepto cumplir con los términos arriba descritos:

Firma de Paciente, Padre o Guardián	Nombre del Padre o Guardián en Letra de Molde	Fecha
Nombre de Paciente en Letra de Molde	Fecha de Nacimiento	

Authorization for Release of Information to Nonmedical Individuals

Autorización para Divulgar Información Confidencial a Personal No Médico

Client Name (*Nombre del Cliente*): _____ Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

Many of our clients request to allow family members or others to call, pick up documents, and request medical or billing information on their behalf. Under HIPAA requirements, we are not allowed to give this information to anyone unless we have the client's informed consent. If you wish to have any of this information released to the individuals of your choice, this form needs to be completed. By doing so, you authorize this office to give information to the individual(s) indicated below.

(Muchos de nuestros pacientes solicitan que se les permitan a un familiar u otra persona que recoja documentos y que solicite información de su persona. Bajo los requisitos de HIPAA, no estamos autorizados a divulgar esta información a menos que el cliente complete un documento dando su consentimiento. Si desea que esta información sea divulgada a otras personas, este formulario tiene que ser completado. Al hacer ésto, estará autorizando que esta oficina le provea información a los individuo(s) abajo indentificado(s)).

I, _____, hereby authorize _____,
(Client/ Legal Guardian / Cliente / Tutor Legal) (Name of Authorized Representative / Nombre del representante autorizado), (Relationship to Client / Relación con el cliente)

Mindful Behavioral Healthcare to release the following information:
*(Yo autorizo a **Mindful Behavioral Healthcare** a divulgar la siguiente información):*

- Prescriptions/Medications (*Recetas/Medicamentos*)
- Medical Records (Expedientes Médicos):
 - Psychotherapy (*Psicoterapia*)
 - Medication Management (*Manejo de Medicamentos*)
- Appointment Dates/Times and/or Change/Cancel (*Fecha/Hora de Citas y/o Cambiar/Cancelar Citas*)
- Pick Up Forms or Lettars (*Recojer Formas o Cartas*)
- Billing Information (*Información de Facturación*)
- Other (*Otro*): _____

To the following individual(s) (*A los siguientes individuos*):

Name (<i>Nombre</i>): _____	DOB: _____	Relationship (<i>Relación</i>): _____
Name (<i>Nombre</i>): _____	DOB: _____	Relationship (<i>Relación</i>): _____
Name (<i>Nombre</i>): _____	DOB: _____	Relationship (<i>Relación</i>): _____

This authorization shall remain in effect until (*Esta autorización permanecerá vigente*) _____.
Date (*Fecha*)

I understand I have the right to revoke this authorization in writing at any time. I understand that by giving this consent, I will be allowing the individual identified above to inspect or copy the protected health information to be disclosed. As a result, the information disclosed to any above recipient will no longer be protected by federal or state law and that it may be subject to re-disclosure by its recipient.

(Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que al dar este consentimiento, estaré permitiendo que el individuo arriba identificado pueda inspeccionar o copiar esta información médica protegida. Como resultado, la información divulgada no va ser protegida por las leyes federales y estatales, y puede estar sujeta a ser re-divulgada por el individuo que la reciba.)

Client/Guardian Signature (*Firma de Cliente/Guardián*): _____ Date(*Fecha*): _____

Witness Signature (*Firma del Testigo*): _____ Date(*Fecha*): _____



Authorization to Release or Obtain Confidential Information

Autorización para Divulgar u Obtener Información Confidencial

Patient Name (Nombre del Paciente): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Social Security # (Seguro Social): _____ Phone # (Teléfono): (_____) _____

I hereby authorize **Mindful Behavioral Healthcare** to **RELEASE** or **OBTAIN** information by mail or facsimile (fax) to/from:
(Por este medio autorizo **Mindful Behavioral Healthcare** a **PROVEER** o **OBTENER** información por correo o por fax a/desde:)

Name of Person/Organization (Nombre de Persona/Organización): _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ ZIP (Zona Postal): _____

Phone (Teléfono): (_____) _____ Fax: (_____) _____

The following information is to be disclosed (La siguiente información debe ser provista):

- Medical Records Dates (Fecha de Expedientes Médicos) From (Desde): _____ To (Hasta): _____
- Psychiatric Evaluation (Evaluación Psiquiátrica) Psychotherapy Notes (Notas de Psicoterapia) Psychological Assessment (Evaluación Psicológica)
- Substance Abuse Treatment (Tratamiento para Abuso de Sustancias Controladas)
- Medication Management Notes (Notas de Administración de Medicamentos) Other (Otro) _____

For the purpose of (A los efectos de): Continuing Care (Continuar Tratamiento) Personal (Personal) Other (Otro) _____

Notice to Patient and Recipient of Records

Aviso a los Pacientes y Receptor de los Récords

I understand that this form may be used to release information related to mental health treatment. I further understand that the information disclosed may include psychiatric, drug/alcohol abuse and/or HIV/AIDS data. I understand that I have the right to refuse to sign this Authorization or to rescind my consent at any time prior to the release of the information. If I do not revoke this authorization, it will automatically expire one year from the date of signature unless otherwise noted below.

(Entiendo que este formulario puede ser utilizado para divulgar información relacionada con el tratamiento de salud mental. Entiendo, además, que la información divulgada puede incluir abuso de alcohol y/o drogas psiquiátricas y/o datos sobre el HIV/AIDS. Yo entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización o de rescindir mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación de la información. Si no revoco esta autorización, el plazo vencerá automáticamente un año desde la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario a continuación.)

Patient's Signature (Firma del Paciente)

Printed Name (Nombre en Letra de Molde)

Date (Fecha)

When applicable, Signature of (Si aplica, firma de): Parent (Padre)
 Guardian (Guardián) Healthcare Surrogate/Proxy
 Power of Attorney (Poder de Abogado)

When applicable, Signature of (Si aplica, firma de): Parent (Padre)
 Guardian (Guardián) Healthcare Surrogate/Proxy
 Power of Attorney (Poder de Abogado)

Date (Fecha)

Signature of Witness (Firma del Testigo)

Printed Name of Witness (Nombre en Letra de Molde del Testigo)

Date (Fecha)

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules Florida Statutes 394-459, 397.501, and /or 90.503 and 42 Code of Federal Regulations (42 CFR). This Release of Information demonstrates compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), Standards for privacy of Individually Identifiable Health Information (Privacy Standards) 45 CFR, 160 & 164, and all federal regulations and interpretative guidelines promulgated there under. The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2 and Florida Statutes 394-459, 397.501, and /or 90.503. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. I have been informed that this authorization is subject to revocation by me at any time except to the extent that Mindful Behavioral Healthcare has already taken action in reliance on it. Once the requested protected information is disclosed, the Privacy Regulation may no longer protect it if the PHI's recipient re-discloses it. Further, I understand that despite all care taken, information is occasionally received by a party not intended to be the recipient. I hereby release Mindful Behavioral Healthcare from all liability should this information be received by someone other than the above-intended recipient.