



Welcome to Mindful Behavioral Healthcare!

¡Bienvenido a Mindful Behavioral Healthcare!

We appreciate that you have chosen Mindful Behavioral Healthcare to obtain your mental health services. We always strive to provide the best treatment possible to our patients in a safe and professional environment. *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 un ambiente seguro y profesional.*

In this packet you will find everything that you need to assist us in getting to know you better. We will appreciate you complete and bring to our office all of the enclosed forms. The following checklist describes the information and documents you need to bring to your visit: *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 en o antes de su visita inicial. A continuación se incluye una lista que indica la información y documentos requeridos por nuestra oficina:*

- ☐ A list of all current medications with their dosage and frequency
Lista de medicamentos que toma actualmente, incluyendo dosis y frecuencia
- ☐ Copy of insurance card and valid photo ID (If child, bring parent/guardian ID)
Copia de la tarjeta de seguro médico e identificación válida con foto (si el paciente es menor de edad, el padre o guardián deberá proveer su identificación)
- ☐ Copy of the following (if available): *Copia de los siguientes documentos (si están disponibles):*
 - Psychological Evaluations *Evaluaciones Psicológicas*
 - School Records *Expedientes Escolares/Académicos*
 - Prior Mental Health Treatment Records *Expedientes Previos de Tratamiento de Salud Mental*
- ☐ If recently discharged from a psychiatric facility, bring a copy of the medical records or summary of the visit
Si fue dado de alta de un hospital recientemente, traiga una copia de su expediente médico o un resumen de la visita
- ☐ Contact information of your primary care provider (name, address, and phone number) *Información de su proveedor primario de cuidado médico (nombre, dirección y teléfono)*
- ☐ Pharmacy contact information (name, address and phone number) *Información para contactar a su farmacia (nombre, dirección y teléfono)*
- ☐ Complete and return the following forms: *Complete y entregue los siguientes formularios:*
 - New Patient Information Form *Formulario de Información para Pacientes Nuevos*
 - Authorization to Release or Obtain Confidential Information *Autorización para Divulgar u Obtener Información Confidencial*
 - Behavioral Questionnaire [if minor, to be completed by teacher(s)]
Cuestionario de Conducta (a ser completado por el maestro, si es un menor)
- ☐ Read through and sign the following: *Lea y firme lo siguiente:*
 - Patient Rights and Responsibilities *Derechos y Responsabilidades del Paciente*
 - Office Policies *Política de Servicio de la Oficina*

Thank you for choosing Mindful Behavioral Healthcare! We look forward to providing you and your family with the highest quality of mental health services. ¡Gracias por elegir a Mindful Behavioral Healthcare! Será un placer brindarle servicios de salud mental de calidad a usted y a su familia.

www.MindfulBehavioralCare.com

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/(Not 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 su cita? ☐ Texto ☐ E-mail ☐ Llamada Telefónica)

Please be aware that if you choose the text option to receive appointment reminders, message and data rates may apply. Please consult with your telephone company. (Queremos recordarle que si utiliza el sistema de mensajes a través del teléfono, le podrían aplicar cargos. 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 del 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 responsable financieramente de todos los cargos, favor de marcar aquí)

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

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

ID # (Número de Identificación): _____ 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 (Facsímil): (_____) _____
Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____	
State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal): _____	
Medications (Medicamentos)	
Pharmacy Name (Nombre de la Farmacia): _____ Phone (Teléfono): (_____) _____	
Current List of Medications (Lista de Medicamentos Actuales):	
Include the Medication Name, Dosage and Frequency: (Incluya el Nombre del Medicamento, Dosis y Frecuencia)	
1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____
<i>If additional space is needed, please write the information on the back of this page and check here: ☐</i> <i>(Si necesita espacio adicional, por favor escriba la información en el reverso de esta página y marque aquí)</i>	
Emergency Contact Person (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 of psychiatric and/or counseling services for myself or _____ (patient's name, if minor). I understand that although **MBH** strives in providing the best treatment possible for its 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 evaluated 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 individuos 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 the health condition. (Entiendo que la información provista es completa y 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's Signature
Firma del Paciente o Padre/Guardián

Parent/Guardian's Printed Name
Nombre del Padre/Guardián en Letra de Molde

Date
Fecha

Patient's Printed Name
Nombre del Paciente en Letra de Molde

Date of Birth
Fecha de Nacimiento

Authorization to Release and/or Obtain Confidential Information
Primary Care Provider & Family/Personal Representative
Autorización para Divulgar y/u Obtener Información Confidencial
Proveedor Primario de Servicio y Representante Familiar/Personal

Patient Name (Nombre del Paciente): _____ **SSN**: _____ **DOB**(Fecha de Nacimiento): _____

Address (Dirección): _____ **City** (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **ZIP**: _____

I. Primary Care/Referring Provider Authorization (Autorización para Proveedor de Servicios Primarios/Referido)

For the purposes of coordinating my medical care, I authorize MBH to forward a copy of the initial visit record to my PCP. In addition, I authorize MBH to contact and/or release copies of my progress notes when requested. *This is not a full medical records access request. For additional record requests, a separate Release of Information must be signed.*

(Para coordinación de mi tratamiento médico, autorizo a MBH a enviar una copia de mi expediente de la visita inicial a mi médico primario. Además, autorizo a MBH a contactar y/o proveer copias de mis notas de progreso cuando se soliciten. Esta no es una solicitud de acceso a expedientes médicos completos. *Para solicitudes de expedientes adicionales, se debe firmar una Autorización para Divulgar Información.*)

Primary Care Provider ☐ Yes ☐ No **Physician's Name** (Nombre del Médico): _____

(Proveedor de Cuidado Primario) **Phone Number** (Teléfono): _____ **Fax** (Facsímil): _____

Referring Provider ☐ Yes ☐ No **Referring Provider's Name** (Nombre del Médico que Refiere): _____

(Proveedor de Servicios que Refiere) **Phone Number** (Teléfono): _____ **Fax** (Facsímil): _____

II. Family Member/Personal Representative Authorization (Autorización para Representante Familiar/Personal)

I hereby authorize MBH to communicate the above patient's health care information to the following family member(s)/personal representative(s), for the purpose of:

(Yo autorizo a MBH a comunicar la información médica del paciente en referencia a los siguientes miembros de la familia/representantes personales, con el propósito de:)

- | | |
|---|---|
| ☐ Billing Information (Información de Facturación) | ☐ Create/Cancel Appointments (Crear/Cancelar Citas) |
| ☐ Pick Up Forms or Letters (Recoger Formularios o Cartas) | ☐ Pick Up Prescriptions (Recoger Recetas) |
| ☐ Pick Up Medical Records (Recoger Expedientes Médicos) | |
| ☐ Medication Management Visit Records (Expedientes de Citas para el Manejo de Medicamentos) | |
| ☐ Psychotherapy Summary (Resumen de Psicoterapia) | |

a. **Name** (Nombre): _____ **DOB** (Fecha de Nacimiento): _____ **Relationship** (Relación): _____

b. **Name** (Nombre): _____ **DOB** (Fecha de Nacimiento): _____ **Relationship** (Relación): _____

c. **Name** (Nombre): _____ **DOB** (Fecha de Nacimiento): _____ **Relationship** (Relación): _____

This form is valid for *one year* and may be revoked by the patient or their legal representative at any time in writing to MBH. I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my/the patient's ability to obtain treatment, payment for health care services or eligibility for benefits.

(Este formulario es válido por *un año* y puede ser revocado por escrito por el paciente o su representante legal en cualquier momento a MBH. Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará la capacidad de mi/el paciente para obtener tratamiento, pago de los servicios de atención médica o elegibilidad para recibir beneficios.)

Patient Signature (Firma del Paciente): _____ **Date** (Fecha): _____

If applicable, Legal Representative's Signature (Firma del Representante Legal, si aplica): _____

Legal Representative's Printed Name (Nombre del Representante Legal en Letra de Molde): _____

Relationship to Patient (Relación con el Paciente): _____ **Date** (Fecha): _____

(If the patient is an adult, documentation of the legal representative must be provided and attached to this form)

(Si el paciente es un adulto, documentación del representante legal se debe proporcionar e incluir con este formulario)

Telemedicine Authorization Form
Formulario Para Autorización de Telemedicina

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

I authorize **Mindful Behavioral Healthcare (MBH)** and its contracted providers to provide me with their services by using telemedicine. I understand that telemedicine is the use of electronic information and communication technologies by a healthcare provider used to deliver services to an individual when they are located at a different location or site than I am. **MBH** and its contracted providers will not perform an in-person examination during the telemedicine visit. They will rely solely on the information telecommunicated.

I understand that there are risks involved with telemedicine, including but not limited to: loss of records from failure of electronic equipment; power failure with loss of communication; connections issues, etc. Additionally, signs and symptoms that might be detected during an in-person examination may not be detected through telemedicine.

I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information, including HIPPA, also apply to telemedicine. I understand that I will be responsible for any copayments or coinsurances that apply to my telemedicine visit. I understand that I have the right to withdraw my consent to the use of telemedicine in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment.

Yo autorizo a **Mindful Behavioral Healthcare (MBH)** y sus proveedores contratados a proveer sus servicios usando telemedicina. Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de salud que se utiliza para proveer servicios a un individuo en un lugar o sitio diferente al que yo estoy. **MBH** y sus proveedores contratados no realizarán un examen físico en persona durante la visita de telemedicina. Se basarán únicamente en la información telecomunicada.

Entiendo que existen riesgos relacionados con la telemedicina, que incluyen, entre otros: pérdida de registros por falla de equipos electrónicos; falla de energía resultando en pérdida de comunicación; problemas de conexión, etc. Además, los signos y síntomas que pueden ser detectados durante un examen en persona pueden no detectarse a través de la telemedicina.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica, incluyendo HIPPA, también se aplican a la telemedicina. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi tratamiento en cualquier momento, sin afectar mi tratamiento en el futuro.

I have read and understood the information provided above and I consent to receiving telemedicine services.
Yo he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente y consiento a recibir servicios de telemedicina.

Patient's Signature (*Firma del Paciente*)

Printed Name (*Nombre en Letra de Molde*)

Date (*Fecha*)

If applicable, Signature of (*Si aplica, firma de*):

Printed Name (*Nombre en Letra de Molde*)

Date (*Fecha*)

☐ Parent (*Padre*) ☐ Guardian (*Guardián*)

☐ Healthcare Surrogate/Proxy (*Apoderado para Atención Medica*)

☐ Power of Attorney (*Poder de Abogado*)

Witness Signature (*Firma del Testigo*)

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

Date (*Fecha*)

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 taking into consideration their particular needs. If you have a concern, we want to hear from you. We will do everything we can to ensure that your experience with us is of the highest quality.

Issues of Clinical 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 the clinical care recommended to you 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 regarding 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 what is 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 but must provide 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.

Patient Rights and Responsibilities (Cont.)

- 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.

Administrative and Clinical Office Policies

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

Administrative Policies

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 your visit. 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.

Check-In Time

Appointment times are reserved for each patient and it should start promptly. **We advise that you arrive at the office at least 15 minutes prior to your scheduled appointment in order to ensure our ability to check you in on time.** If you arrive five minutes past your appointment time, we reserve the right to reschedule your appointment or have you seen by another available provider on that day.

No Show/Late Cancellations

Missed appointments or appointments that are not canceled with a minimum of 48 hours' notice, will be charged a **fee of \$30.00. For Saturday and TMS (Transcranial Magnetic Stimulation) appointments, the fee will be \$50.00.** Insurance companies will not reimburse the patient for this charge nor will **Mindful Behavioral Healthcare** bill the insurance for it. Our Scheduling Department staff may call, e-mail and text patients to confirm their appointments as a courtesy service, but it is the patients' responsibility to keep track of their appointment dates.

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 ensure proper continuation of services.

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, most fees for the completion of these documents will be the patient's responsibility. Please ask our front desk staff for more information regarding the service fees. **All photocopies and requests of patients' medical records will be charged \$1.00 per page, plus an administrative fee of \$10.00.** Any changes to these fees will be informed in advance.

Service Animals

Mindful Behavioral Healthcare welcomes all Service Animals in compliance with Florida Statute 413.081 (Title XXX Social Welfare), Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), and Section 504 of the Rehabilitation Act per Title III of the Americans with Disabilities Act (ADA). *A Service animal is defined as an animal (dog or miniature horse) that is trained to do work or perform tasks for an individual with a disability, including physical, sensory, psychiatric, intellectual or other mental disability.* The work done or tasks performed must be directly related to the individual's disability. *Please restrain from bringing support animals to the office, as they do not qualify under this definition.* At our discretion, you and your service animal may be required to be seated within a designated area for the safety and security of other patients/staff.

Video Surveillance

To ensure the safety and security of all individuals visiting our facilities, **Mindful Behavioral Healthcare** will be conducting ongoing video surveillance recordings throughout the premises, with the exception of restrooms. Video recordings will not contain audio and can only be accessed by authorized management staff, designated personnel, or law enforcement officials. 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 and safety at all times.

Clinical Policies

Emergencies

In the event of an emergency situation (such as when a patient feels out of control, is unable to care for him/herself, or have serious thoughts of harming him/herself 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 for an earlier date. All phone messages left in our voice mail messaging system will be responded within 48 business hours by the appropriate office staff, according to the order in which they were received.

Confidentiality

Mindful Behavioral Healthcare adheres to strict confidentiality rules 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, when a patient expresses or reports a specific and serious intent to inflict harm to him/herself or others, your physician may break this agreement but only when necessary in order to ensure the patient's and others safety. By law, **Mindful Behavioral Healthcare** also has the responsibility to report cases of abuse when the victim is a minor, elderly or disabled.

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 or tablet provided by this office which may be administered prior to my appointment with the physician or nurse practitioner with the purpose of measuring, summarizing and determining if I have symptoms of depression, anxiety and/or 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, when requested. I understand and agree that if at any time I refuse to submit to a drug or alcohol test under this company's 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 samples collected to a laboratory for a screening test in order to determine the presence of any prohibited substances under its policy. I also authorize 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.

Prescription Refills and Prior Authorizations

An administrative fee of \$25.00 will be charged to the patient's account, at the office's discretion, for pharmacy phone-in, mail away and faxed prescription requests that have to be re-arranged as a result of a patient's actions (such as: lost prescription, failure to fill new prescription on time at the pharmacy and/or missed appointments). Medications will be prescribed only if the physician feels 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. In the case of prescriptions requiring prior authorizations, Mindful Behavioral Healthcare will proceed with due diligence to obtain approval. If denied, our office will only appeal the decision per clinical request. Should a patient request this service, the same fee will be applied.

Lost or Stolen Controlled 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 in order to document it in the patient's chart and receive a script replacement. Our office may replace a prescription at the provider's discretion, but is limited to one prescription per year per patient.

Discharge of Services

At the company's discretion, a patient will be discharged from receiving services at this practice due to one or more of the following reasons: a mutual agreement between the patient and provider, lack of compliance with the treatment's requirements, having 3 or more appointments' no-shows or late cancellations, lapse in office visits for a 6-month period, and/or inappropriate/disrespectful behaviors or conduct (verbal and/or physical) towards staff or other patients while at our facility or over the telephone. Mindful Behavioral Healthcare reserves the right to reopen a patient's clinical file in order to continue receiving treatment at our facilities.

Changes to this Notice

Mindful Behavioral Healthcare reserves the right to amend this notice at any time. We will make the new provisions and all related information it maintains always available to its patients. You have the right to request a paper copy of this notice at any time.

Confidencialidad

La política de **Mindful Behavioral Healthcare** es manejar en forma confidencial toda información relacionada a nuestros pacientes e investigar cualquier violación de esta política. Hacemos todo lo posible por proporcionar a nuestros pacientes un ambiente seguro, privado y respetuoso a tenor con sus necesidades particulares. Si usted tiene alguna pregunta o desea obtener información adicional sobre nuestros servicios, comuníquese con nuestro personal de recepción. Haremos todo lo posible para que su experiencia con nosotros sea una positiva y de alta calidad.

Situaciones sobre el Cuidado Clínico

Mindful Behavioral Healthcare se compromete en hacerle partícipe de las decisiones relacionadas a su cuidado y tratamiento clínico. Como paciente, usted tiene el derecho de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el curso del tratamiento recomendado por nuestros proveedores de salud, incluyendo la interrupción de servicios. Por tal razón, le instamos a que siga las instrucciones provistas por su proveedor y comunicarse con nuestro personal de oficina si desea información adicional.

Derechos del Paciente

El paciente tiene el derecho de recibir información sobre nuestros proveedores de salud y discutir los beneficios, riesgos y costos de las alternativas de tratamiento apropiadas para su condición de salud. El paciente debe recibir orientación de sus proveedores de salud en cuanto al curso de acción adecuado para su tratamiento. El paciente también tiene derecho de: obtener copias o resúmenes de su expediente médico, recibir respuesta a sus preguntas, ser informado de posibles conflictos de interés entre sus proveedores de salud y recibir opiniones profesionales independientes.

- El paciente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a la atención médica recomendada por su proveedor de salud y puede aceptar o rechazar cualquier tratamiento recomendado.
- El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía, respeto, dignidad y con la debida atención de acuerdo a sus necesidades particulares, sin importar su raza, religión, origen étnico o nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual o incapacidad.
- El paciente tiene el derecho de que su información personal y médica se mantenga confidencial. El proveedor de salud no debe revelar información confidencial sin el consentimiento del paciente, a menos que lo estipule la ley o exista la necesidad de proteger el bienestar del paciente o el interés público.
- El paciente tiene derecho a recibir continuidad de atención médica. El proveedor de salud tiene la obligación de cooperar en la coordinación de los servicios médicos indicados por otros proveedores de salud que tratan al paciente. El proveedor de salud puede discontinuar el cuidado médico de otro proveedor siempre y cuando proporcione al paciente el tiempo suficiente y la asistencia necesaria para hacer arreglos alternos.

Responsabilidades del Paciente

- La buena comunicación es esencial para establecer una relación exitosa entre el proveedor y el paciente. En la medida posible, los pacientes tienen la responsabilidad de ser honestos sobre la información que le transmiten a sus proveedores de salud y expresar sus preocupaciones a los mismos.

Derechos y Responsabilidades del Paciente (Cont.)

- Los pacientes tienen la responsabilidad de proporcionar su historial médico completo al mejor de su conocimiento, incluyendo información sobre enfermedades pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, historial familiar de enfermedades y otros asuntos relacionados con su estado de salud actual.
- Los pacientes tienen la responsabilidad de solicitar información o clarificar datos 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 del plan de tratamiento, los pacientes tienen la responsabilidad de cooperar con el mismo. El cumplimiento de las instrucciones descritas por el proveedor de salud es esencial para la seguridad pública e individual. Los pacientes también tienen la responsabilidad de informar si los tratamientos previamente indicados están siendo seguidos según recetados e indicar si quieren reconsiderar el plan de tratamiento.
- Los pacientes deben de estar conscientes de cómo su conducta puede afectar a otras personas en su alrededor. Por lo tanto, todo paciente debe abstenerse de presentar comportamientos que puedan poner en riesgo la salud o seguridad de los demás.

Estamos aquí para servir las necesidades de salud mental de cada paciente. Solicitamos su colaboración para seguir las siguientes reglamentaciones de esta oficina y así poderle ofrecer la ayuda necesaria a usted y a otras personas que requieran nuestros servicios.

Política Administrativa

Pagos

Cada paciente es responsable de pagar cargos y cualquier saldo que no esté 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. 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.

Registro de Citas

Las citas están reservadas para usted y deben comenzar puntualmente. **Le recomendamos que llegue a la oficina 15 minutos antes de la hora programada para su cita y así poder garantizar que pueda ser atendido a tiempo.** Si usted llega cinco minutos después de la hora de su cita, puede que tenga que verse con otro proveedor de servicio en otro horario durante ese día o que la misma tenga que ser reprogramada para otra fecha.

Ausencias o Cancelaciones a Citas

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 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 confirmación de citas a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos y textos son una cortesía para nuestros pacientes, ya que es responsabilidad de cada paciente recordar la fecha de sus citas y darle el debido seguimiento a las mismas.

Responsabilidades del Paciente

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

Otros Cargos por Servicio

Habrará un cargo por la preparación de informes, cartas, certificados y formularios relacionados con los servicios ofrecidos a pacientes por el personal por esta oficina. Con pocas excepciones, los honorarios para la preparación de estos documentos serán responsabilidad del paciente. Para más información sobre los honorarios, favor de contactar a nuestro personal de recepción. **Toda solicitud de fotocopias y expedientes médicos para pacientes, tendrán un costo de un \$1.00 por página, además de un cargo administrativo de \$10.00.** Cualquier cambio en los costos por servicio, será informado con antelación.

Animales de Servicio

Mindful Behavioral Healthcare da la bienvenida a todos los Animales de Servicios que cumplen con el Estatuto de la Florida 413.081 (Título XXX Bienestar Social), Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, según el Título III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). ***Un Animal de Servicio se define como un animal que está entrenado para trabajar o realizar tareas para una persona con una discapacidad tales como: físicas, sensoriales, psiquiátricas, intelectuales u mentales. Las tareas a ser realizadas por dicho animal deben estar directamente relacionadas con la incapacidad del individuo o paciente. El término "Animal de Servicio" se limita a un perro o caballo en miniatura.*** Pacientes que se presenten en nuestra oficina con animales de servicio, podrían tener que sentarse en un área designada de la recepción, a nuestra discreción. La presencia de un animal de apoyo emocional o compañía, no cualifica bajo esta definición y no serán permitidos en nuestra oficina.

Video de Vigilancia

Con el propósito de garantizar la seguridad de todos los individuos que visitan nuestras facilidades, **Mindful Behavioral Healthcare** ha implementado un sistema de video de vigilancia constante 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 dichos videos. El metraje de video no tendrá audio y se observará intermitentemente para fines de control de calidad. **Mindful Behavioral Healthcare** no utilizará las grabaciones obtenidas para propósitos promocionales. Nuestro objetivo es cumplir con todas las reglamentaciones estatales, federales y de la ley de HIPAA para asegurar la confidencialidad y seguridad de nuestros pacientes, y personal de oficina.

Política de Servicios Clínicos

Emergencias

En caso de una situación de emergencia (tal como cuando un paciente se sienta fuera de control o tenga pensamientos de hacerse daño a sí mismo(a) o a otras personas), **llame al 911 o vaya a la Sala de Emergencia más cercana**. Si usted tiene un asunto urgente que discutir con el médico, por favor llame a nuestra oficina para adelantar la fecha de su 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 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 de infligir daño a sí mismo(a) o a otras personas, su psiquiatra puede cancelar este acuerdo pero sólo cuando sea necesario, para garantizar la seguridad del paciente y de las demás personas. Por ley, también tenemos el deber de informar casos de abuso cuando la víctima es un menor de edad, anciano o impedido.

Evaluaciones 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 o tableta proporcionada 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 si sufro de síntomas de depresión, ansiedad y/o dolor crónico.

Política Administrativa y Clínica de la Oficina (Cont.)

Prueba 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 que si yo en algún momento me niego a someterme a una prueba de alcohol o drogas, según requerido por la política de la oficina, o no coopero con los procedimientos de dichas pruebas, estaré sujeto a la cancelación de mi cita hasta que las mismas sean provistas. Además, autorizo a que **Mindful Behavioral Healthcare** envíe la muestra recogida a un laboratorio externo para obtener los resultados requeridos y determinar si existe la presencia de sustancias controladas en mi sistema a los fines de establecer y monitorear mi tratamiento apropiadamente.

Recetas de Medicamentos y Autorizaciones Previas de Medicamentos

Se cobrará a la cuenta del paciente un costo administrativo de \$25.00 por cada llamada a la farmacia, envío por correo o fax, como resultado de acciones del paciente (tales como recetas perdidas, no entregar a tiempo la receta a la farmacia y citas perdidas). Todos los medicamentos se recetarán solo si el médico entiende que es clínicamente necesario. Ni el seguro médico o **Mindful Behavioral Healthcare** reembolsarán al paciente estos cargos, ni facturarán los mismos al seguro médico del paciente.

Recetas Controladas Perdidas o Robadas

Si la receta de un medicamento controlado es robada o perdida, el paciente o su guardián deberá reportar lo ocurrido a la policía para obtener un informe y número de referencia sobre dicha situación, el cual debe ser entregado a nuestro personal de oficina para ser documentado en el expediente del paciente y recibir un reemplazo de su receta. Nuestra oficina puede reemplazar la receta a discreción del proveedor, pero está limitada a una receta por año por paciente.

Dar de Baja o Descontinuación de Servicios

Nuestra compañía se reserva el derecho de dar de baja o descontinuar ofreciendo nuestros servicios a un paciente por una o más de las siguientes razones: por acuerdo mutuo entre el paciente y proveedor, por tener 3 o más ausencias o cancelaciones tardías a sus citas, descontinuar servicios por un período de 6 meses o más, y/o exhibir conducta inapropiada/irrespetuosa (verbal y/o física) hacia empleados o pacientes en nuestras oficinas o a través del teléfono. Es a la discreción de Mindful Behavioral Healthcare el reabrir el expediente clínico de un paciente para continuar tratamiento en nuestras oficinas.

Cambios a este Aviso

Mindful Behavioral Healthcare se reserva el derecho de modificar este aviso en cualquier momento. Mantendremos estas disposiciones y toda información relacionada a las mismas siempre disponibles para nuestros pacientes. Usted tiene el derecho de solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Patient Rights and Office Policies Acknowledgement

Reconocimiento de Derechos del Paciente y Política de la Oficina

Please read, check both boxes and sign below:

(Por favor lea, marque los encasillados de verificación y firme abajo).

- ☐ I hereby have read and understood my rights and responsibilities as a patient of Mindful Behavioral Healthcare as described in **Mindful Behavioral Healthcare's Patient Rights and Responsibilities.**

He leído y entiendo las reglas y responsabilidades como paciente de Mindful Behavioral Healthcare como descritos en los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Mindful Behavioral Healthcare.

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

Por la presente entiendo y estoy de acuerdo en seguir la Política Administrativa y Clínica de Mindful Behavioral Healthcare. Cualquier violación o incumplimiento de dichas políticas podría resultar en mi terminación como paciente de esta práctica. He leído y acepto cumplir con los términos descritos en la Política Administrativa y Clínica de Mindful Behavioral Healthcare.

Patient or Parent/Guardian's Signature

Firma del Paciente o Padre/Guardián

Patient's Printed Name

*Nombre del Padre/Guardián
en Letra de Molde*

Date of Birth

*Fecha de
Nacimiento*

Today's Date

Fecha de Hoy

Parent/Guardian's Printed Name

Nombre del Paciente en Letra de Molde