

WEST MICHIGAN PSYCHOLOGICAL SERVICES

1. Información del cliente

Fecha	Nombre legal del niño	Nombre Preferido	
Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer	Identidad de género	Pronombres preferidos
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Número de teléfono	Nombre de la escuela a la que asiste		
Dirección de correo electrónico:			
Dirección del estudiante:		Apt. / Unidad #:	Ciudad:
Estado:		Código postal	
Nombre de los padres:	Dirección de correo electrónico de los padres (Mejor información de contacto para comunicarse)		
Dirección del padre (si es diferente a la del estudiante)		Apt / Unidad #:	
Ciudad:			
Estado:	Código postal	Número de teléfono	
Información adicional del padre/madre o tutor:			
Nombre	Dirección de correo electrónico de los padres		
Dirección del padre (si es diferente a la del estudiante)		Apt / Unidad #:	
Ciudad:			
Estado:	Código postal	Número de teléfono	

2. Información del seguro: En lugar de completar esta sección también podemos aceptar una copia/ escaneo legible de la tarjeta del seguro médico.

El estudiante vive con:

Compañía de seguro médico primaria	número de contacto de la compañía de seguros
Número de contrato del seguro médico	Número del seguro medico de grupo
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor
SSN del suscriptor:	

Compañía de seguros secundaria (si corresponde) Número de contacto para el seguro secundario

890 Washington Ave. Ste 150
Holland, MI 49423
616.952.9957

3611 Henry St.
Norton Shores, MI 49441
231.237.8898

1475 Robbins Rd. Ste. 150
Grand Haven, MI 49417
616.315.9605

Número de contrato: _____ Fecha de nacimiento: _____

SSN del suscriptor del seguro secundario: _____

3. Contactos del paciente: contactos de emergencia; PCP;

Contacto de emergencia #1 Relación con el estudiante Número de teléfono

Contacto de emergencia #1 Relación con el estudiante Número de teléfono

Médico de atención primaria Dirección de la oficina Número de teléfono

Autorizo a West Michigan Psychological Services, LLC a comunicarse con mi empleador y mi compañía de seguros para verificar los beneficios del seguro. Autorizo el intercambio de cualquier información médica necesaria con mi compañía de seguros y el pago de beneficios al proveedor por los servicios recibidos. También autorizo el intercambio de información a los médicos y/o personas que figuran en esta lista.

"Reconozco que soy responsable de pagar todos los honorarios médicos independientemente del seguro que pudiera tener para cubrir los gastos. La única excepción serán los cargos por los servicios cubiertos en virtud de un acuerdo contractual celebrado entre mi proveedor y una compañía de seguros, HMO u otra organización de gestión de servicios de salud. Si por alguna razón la cuenta esta en mora, soy responsable de pagar todos los honorarios legales y de cobro."

4. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN - Los registros y la información pueden divulgarse e intercambiarse entre West Michigan Psychological Services, 616-952-9957. Dirección: 890 Washington Ave., Suite 150, Holland, MI 49423 y

Profesor de escuela/ Escuela Número de teléfono

Dirección Ciudad (*): Estado (*): Código postal

5. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Los registros y la información pueden divulgarse e intercambiarse entre West Michigan Psychological Services, 616-952-9957. Dirección: 890 Washington Ave., Suite 150, Holland, MI 49423 y

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN -Los registros y la información pueden divulgarse e intercambiarse entre los Servicios

Médico de Atención Primaria/Lugar de Tratamiento Número de teléfono

Dirección Ciudad (*): Estado (*): Código postal

6. Información autorizada para divulgación (marque todas las que correspondan):

- Historia y Físico
- Registros de inmunización
- Tratamiento de salud mental
- Notas de trabajo social
- Notas clínicas
- Resumen en el momento de descargo
- Otro

890 Washington Ave. Ste 150 | 3611 Henry Street
Holland, MI 49423 | Norton Shores, MI 49441
616.952.9957 | 231.237.8898

Propósito de la divulgación: continuar con la atención y tratamiento del paciente CONSENTIMIENTO: entiendo que mis registros están protegidos por las leyes federales y estatales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario. Además, entiendo que el tipo específico de información que se divulgará puede incluir registros psiquiátricos, psicológicos y de servicios sociales (incluidas las comunicaciones realizadas a un trabajador social, psiquiatra o psicólogo indicado en mis registros), evaluación y tratamiento de problemas físicos, mentales y /o enfermedad emocional, abuso de drogas y alcohol, infecciones que incluyen enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y ARC (complejo relacionado con el SIDA). Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Entiendo que una vez que el destinatario divulgue la información anterior, puede volver a divulgarse y es posible que la información no esté protegida por la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), pero estará cubierta por la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA) que regula la nueva divulgación de la información por parte de los distritos escolares. Este consentimiento es válido por doce (12) meses a partir de la fecha de la firma, pero puedo revocarlo en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, en cualquier momento mediante revocación. Esta información divulgada es para el propósito específico indicado anteriormente y no se puede proporcionar en su totalidad o en parte a ninguna otra agencia o persona.

Firma del testigo

FORMULARIO DE AVISO DE MICHIGAN

Nombre del cliente: _____

Aviso de políticas y prácticas del terapeuta para proteger la privacidad de la información de salud de
nuestro paciente

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PSICOLÓGICA Y
MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO
CUIDADOSAMENTE.

I. Usos e intercambio de información para tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Puedo usar o intercambiar su información de salud protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica con su consentimiento. Para ayudar a aclarar estos términos, le proveemos a continuación algunas definiciones:

- “PHI” se refiere a la información en su registro de salud que podría identificarlo.
- “Tratamiento, pago y operaciones de atención médica”
 - *Tratamiento* es cuando brindo, coordino o administro su atención médica y otros servicios relacionados con su cuidado de salud. Un ejemplo de tratamiento sería cuando consulto con otro proveedor de atención médica, como su médico de familia u otro psicólogo.
 - *Pago* es cuando obtengo un reembolso por los cuidados de su salud. Ejemplos de pago pueden ser cuando yo comparto su PHI a su aseguradora médica para obtener el reembolso por su atención médica o para determinar elegibilidad para cubrir los costos por los servicios.
 - *Operaciones de Atención Médica* son actividades que se relacionan con el desempeño y operación de mis servicios. Ejemplos de operación de atención médica son encuestas de calidad y actividades para el mejoramiento, asuntos relacionados con el negocio como auditorías y servicios administrativos, gestión de casos y coordinación de servicios.
- El "uso" se aplica solo a las actividades dentro de mi [oficina, clínica, grupo de práctica, etc.], como compartir, emplear, solicitar, utilizar, examinar y analizar información que lo identifique.
- La "divulgación" se aplica a actividades fuera de mi [oficina, clínica, grupo de práctica, etc.], como la divulgación, transferencia o acceso a información sobre usted a otras partes.

II. Usos y divulgaciones que requieren autorización

Puedo usar o divulgar PHI para fines fuera del tratamiento, pago u operaciones de atención médica después de obtener su autorización correspondiente. Una “autorización” es un permiso por escrito más allá del consentimiento general que permite solo divulgaciones específicas. En aquellos casos en que alguien solicitara información aparte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pediré su autorización antes de compartir su información. También solicitaré su autorización antes de liberar sus notas de psicoterapia. Las “Notas de Psicoterapia” son notas que he hecho sobre nuestras conversaciones durante una sesión privada, grupal, conjunta, o sesión de consejería familiar, que he mantenido separadas del resto de su registro médico. Estas notas reciben un mayor grado de protección que la PHI.

Usted puede revocar todas las autorizaciones (de PHI o notas de psicoterapia) en cualquier momento, siempre que cada revocación se haga por escrito. Usted no puede revocar una autorización en la medida en que (1) me haya basado en esa autorización; o (2) si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, la ley proporciona al asegurador el derecho a impugnar la reclamación en virtud de la póliza.

III. Usos y divulgaciones sin consentimiento ni autorización

Puedo usar o divulgar PHI sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

- **Maltrato o abuso infantil** - Si tengo una causa razonable para sospechar abuso o negligencia infantil, debo informar esta sospecha a las autoridades competentes según lo exige la ley.
- **Maltrato a un adulto o abuso doméstico** - Si tengo motivos razonables para sospechar que ha sido abusado criminalmente, debo informar esta sospecha a las autoridades correspondientes según lo exige la ley.
- **Actividades de supervisión de su salud** – Si recibo una citación u otra solicitud legal del Departamento de Salud o la Junta de Psicología de Michigan, debo divulgar la PHI relevante de conformidad con esa citación o solicitud legal.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos** – Si usted está involucrado en un proceso judicial y recibo

890 Washington Ave. Ste 150 Holland, MI 49423 616.952.9957	3611 Henry Street Norton Shores, MI 49441 231.237.8898
---	---

una solicitud para obtener información sobre su diagnóstico y tratamiento de los registros, dicha información es privilegiada bajo la ley estatal, y no divulgaré información sin su autorización por escrito o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando usted o un tercero están siendo evaluados o cuando la evaluación es ordenada por la corte. Se le informará con antelación si este es el caso.

- **Una seria amenaza a su salud o seguridad**- si usted me comunica una amenaza de violencia física en contra de un tercero razonablemente identificable, tiene la intención aparente y la habilidad de ejecutar la amenaza en el futuro previsible, puedo divulgar PHI relevante y tomar las medidas razonables permitidas por la ley para evitar que ocurra el daño amenazado. Si creo que existe un riesgo inminente de que se infligirá un daño físico grave a sí mismo, puedo divulgar información para protegerlo.
- **Compensación al Trabajador** – Puedo divulgar información de salud protegida sobre usted según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otras leyes o programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de que exista falta.

IV. Derechos del paciente y deberes del terapeuta

Derechos del paciente:

- **Derecho a solicitar restricciones** – usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de información de salud protegida. Sin embargo, no estoy obligado(a) a aceptar la restricción que usted solicite.
- **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y ubicaciones alternativas:** usted tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos y ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, es posible que usted no quiera que un miembro de su familia sepa que está asistiendo a estas citas. Si usted lo solicita, enviaré sus facturas a otra dirección).
- **Derecho inspeccionar y copiar** - usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia (o ambos) del PHI en mis registros de salud mental y de facturación utilizados para tomar decisiones sobre usted durante el tiempo que la PHI se mantenga en el registro. Puedo denegar su acceso a la PHI bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos es posible que usted solicite que la decisión sea revisada. Si lo solicita, discutiré con usted los detalles de la solicitud y la denegación.
- **Derecho a enmendar** - Usted tiene derecho a solicitar una modificación de la PHI mientras la PHI esté en el registro. Puedo negar su solicitud. Si lo solicita, discutiré con usted los detalles del proceso de enmienda.
- **Derecho a contabilización** - usted generalmente tiene el derecho a recibir un conteo o recuento de las divulgaciones de PHI. Si lo solicita, discutiré con usted los detalles del proceso de contabilización.
- **Derecho a una copia en papel** - Usted tiene derecho a obtener una copia en papel de mi notificación cuando usted lo solicite, aun si usted ha acordado recibir sus notificaciones electrónicamente.

Deberes del terapeuta/psicólogo:

- La ley me exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle al paciente un aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI.
- Me reservo el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Sin embargo, a menos que le notifique a usted los cambios, estoy obligado a cumplir con los términos vigentes.
- Si reviso mis políticas y procedimientos, le informaré por escrito, ya sea por correo o en nuestra próxima cita.

V. Preguntas y Quejas

Si tiene preguntas sobre este aviso, no está de acuerdo con una decisión que he tomado sobre el acceso a sus registros, o tiene otras inquietudes sobre sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestro Gerente al 616-460-0174.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja conmigo o mi oficina, puede enviar su queja por escrito a nuestro Gerente en 890 Washington Ave., Suite 150, Holland, MI 49423.

También puede comunicarse con el departamento de Servicios de la Industria del Consumidor - División de Quejas al 517-373-9196 o enviar una queja por escrito a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C., 20201.

Usted tiene este derecho específico bajo la Regla de Privacidad. Usted no será penalizado por presentar una queja.

890 Washington Ave. Ste 150	3611 Henry Street
Holland, MI 49423	Norton Shores, MI 49441
616.952.9957	231.237.8898

VI. Fecha de vigencia, restricciones y cambios en la política de privacidad

Este aviso entrará en vigencia el 1 de Julio de 2020.

Limitaré o denegaré el acceso para inspeccionar y/o copiar la PHI cuando, en el ejercicio de mi juicio, es razonablemente probable que el acceso solicitado cause o traiga consigo un daño sustancial a usted, al paciente, si se permitiera el acceso a la PHI. Esto se debe a que el lenguaje técnico puede ser malinterpretado y/o perturbador a lectores no entrenados. Puede solicitar que un profesional de la salud con licencia designado por mí que no participó en la decisión original de denegación revise la denegación. Tanto la solicitud como la denegación deben ser presentadas por escrito.

Me reservo el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer efectivas las disposiciones del nuevo aviso para todos PHI que mantengo. Le proporcionaré un aviso revisado por escrito, ya sea por correo o en nuestra próxima cita programada.

Firma

Fecha

EXAMEN Y EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Proceso

WMPS y _____ para el año escolar _____
(Nombre del sistema escolar) (Año escolar)

1. Se recomienda al estudiante para un examen de salud mental por parte del maestro del salón de clases, consejero escolar, trabajador social de la escuela, padre, u otro miembro del personal y contactos Building Point of Contact (BPOC)

2. BPOC habla sobre el estudiante con el entrenador de éxito, quien luego completa el Formulario de Registro y el Formulario de liberación (si es necesario) _____
(Nombre del sistema escolar)

3. BPOC contacta a los padres solicitando permiso para la evaluación de salud mental y pide a los padres que firmen un formulario de divulgación de información para que la escuela y los profesionales de Salud Mental Comunitaria/Profesional de Salud Mental puedan comunicarse.

4. Los formularios se escanean y envían a _____. El contacto puede ser
(Nombre de contacto)

contactado por teléfono _____ o correo electrónico _____
(Número de teléfono) (Correo electrónico de contacto)

si hay alguna pregunta. Los formularios se mantendrán en una ubicación central.

5. WMPS se comunicará con los padres para obtener información de antecedentes, responder preguntas y documentar la información de los padres.

6. Se facturará al seguro de salud por los servicios proporcionados sin costo alguno para el sistema escolar o el padre/tutor. Los problemas de copago/deducible se discutirán caso por caso.

7. Los objetivos del tratamiento y los avances se comparten con los padres y, si se firma un formulario de divulgación, se puede compartir información con el BPOC y el personal pertinente para coordinar los servicios.

8. El seguimiento puede ocurrir desde el WMPS a medida que continúa el tratamiento y puede incluir sesiones de tratamiento familiares o conjuntas según lo considere apropiado el profesional de salud mental de WMPS.

Consentimiento de los padres/tutores

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre de Familia/Guardian: _____

Información para contactarle: _____

Los Servicios Psicológicos de West Michigan están de acuerdo con lo siguiente:

1. Para llevar a cabo una entrevista, que puede incluir el uso de varios exámenes de detección apropiados para la edad y herramientas de evaluación, la evaluación de salud del comportamiento puede incluir información proporcionada por el Padre/tutor y/o personal de la escuela según corresponda.
2. Continuar brindando terapia individual según sea necesario y según se ha acordado.
3. Informar al padre/tutor de los resultados de la evaluación, incluida la provisión de información de recursos comunitarios apropiados. El padre/tutor tiene derecho a una copia de la evaluación.
4. Mantener el derecho del niño a la privacidad y confidencialidad, incluida la protección de la información escrita. Para compartir información, es necesario un formulario de divulgación de información. El padre o tutor puede tener una copia del formulario de divulgación de información.
5. Comunicarse con el padre/tutor para hacer un seguimiento.
6. Ser un recurso para los padres/tutores.
7. Para cobrar el seguro del niño en nombre del padre/tutor con su permiso.

Al firmar este acuerdo, usted (padre/tutor) acepta permitir que el niño mencionado anteriormente participe en una entrevista, examen y terapia. Esta evaluación se utilizará para proporcionar recomendaciones y referencias a servicios comunitarios y/o escolares.

(Firma del Padre / Tutor)

Confirmación Verbal

(Fecha)

(Firma de testigo)

(Fecha)

(Firma de testigo)

(Fecha)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

Por favor complete todos los espacios. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea cancelada.

Información de la tarjeta de crédito			
Tipo de tarjeta:	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Discovery <input type="checkbox"/> Amex
Otro:			
Nombre que aparece en la tarjeta:			
Número de tarjeta:			
Fecha de expiración (mes/año)			
Código postal de la tarjeta:			
Código de seguridad:			

Autorizo a West Michigan Psychological Services para cobrar a mi tarjeta de crédito los pagos acordados. Entiendo que mi información se guardará en mi archivo para futuras transacciones en mi cuenta.

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

Para cancelación:

Yo _____, anulo mi autorización para que West Michigan Psychological Services cobre a mi tarjeta de crédito. Ellos ya no están autorizados para hacer cobros a esta tarjeta.

Firma del titular de la tarjeta

Fecha

**Usted tiene derecho a recibir un “Estimado de buena fe”
explicando cuánto costará su atención médica**

Según la ley, los proveedores de atención médica deben brindar a los pacientes que no tienen seguro o no están usando seguro un estimado del costo de artículos y servicios médicos.

- Usted tiene derecho a recibir un estimado de buena fe del costo total esperado por cualquier servicio o artículo que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados, como ser pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias.

- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé un estimado de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio médico o compra de un artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de atención médica, y a cualquier otro proveedor que elija, un estimado de buena fe antes de programar la compra de un artículo o servicio.

- Si recibe una factura que es por lo menos \$400 más que su estimado de buena fe, puede disputar la factura. • Asegúrese de guardar una copia o una imagen de su estimado de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimado de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame a nuestra oficina al: **616-952-9957 o 231-237-8898.**