



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
INFORMACIÓN DE CONTACTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SEXO: MASCULINO / FEMENINO **FECHA DE NACIMIENTO:** ____ / ____ / ____

SEGURO SOCIAL: _____

Teléfono de Casa: _____ **CELULAR:** _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

Referido por: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

PORTADOR PRIMARIO: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ **NÚMERO DE GRUPO:** _____

Nombre del Asegurado: _____ **RELACIÓN:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ **SEGURO SOCIAL:** _____

PORTADOR SECUNDARIO: _____ **TELÉFONO:** _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____ **NÚMERO DE GRUPO:** _____

Nombre del Asegurado: _____ **RELACIÓN:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ **SEGURO SOCIAL:** _____

COMO PACIENTE, O TUTOR LEGAL DEL PACIENTE COMO MENOR, ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. ESTA OFICINA PUEDEN FACTURAR A MI ASEGURANZA CUANDO SEA NECESARIO. YO SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS CUBIERTOS. AUTORIZO ESTA OFICINA PARA LIBERAR MI INFORMACIÓN PARA PROCESAR EL PEDIDO.

- PARA LOS PACIENTES MAYOR DE 18 AÑOS: POR LA PRESENTE CERTIFICO TENGO TUTELA LEGAL DEL PACIENTE PARA HACER LAS DECISIONES DE LA SALUD.*

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

POR ESTE MEDIO AUTORIZO KERN PSYCHIATRIC HEALTH AND WELLNESS (KPHW). PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA DE ARRIBA, COMPAÑÍA DE ASEGURANZA NOMBRADO O UN ABOGADO DESIGNADO PARA EL PROPÓSITO DE RECLAMOS DE ADMINISTRACIÓN Y REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE EVALUACIÓN Y AUDITORÍA FINANCIERA. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECE VÁLIDO Y EFICAZ DE LA FECHA DE LA FIRMA HASTA REVOCADO POR ESCRITO.

YO ENTIENDO QUE PUEDO SOLICITAR UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN.

LEÍ ESTA AUTORIZACIÓN Y ENTIENDO.

POR ESTE MEDIO ASIGNÓ A KPHW TODO EL DINERO A LOS QUE TENGO DERECHO A LA DE MÉDICO Y / O GASTOS QUIRÚRGICOS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR KPHW, PERO NO PARA EXTENDER MI ENDEUDAMIENTO PARA DICHO EL MÉDICO Y / O CIRUJANO.

YO ENTIENDE QUE EL DINERO RECIBIDO DE LA COMPAÑÍA DE ASEGURANZA ARRIBA MENCIONADO POR ENCIMA DE MI ENDEUDAMIENTO SERÁ EVALUADO A MI CUENTA.

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE PARA KPHW PARA CARGOS NO CUBIERTOS AL PRESENTE ACUERDO.

ESTOY DE ACUERDO EN EL CASO DE FALTA DE PAGO ASUMIRÁ EL COSTO DE LAS COLECCIONES Y/O GASTOS DE CORTE Y HONORARIOS LEGALES RAZONABLES SI ESTO FUERA NECESARIO.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

TRATAMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ autorizar y solicitar que Psychiatric Wellness Center proporciona el tratamiento que se recomienda en el curso de mi cuidado como paciente. La frecuencia y el tipo de tratamiento se decidirá entre el profesional y yo.

Entiendo que si cualquier medicamento se prescribe durante el curso de mi tratamiento que los efectos secundarios de riesgo y se explicarán a mí en ese momento y que puedo solicitar para detener medicamentos en cualquier momento. Estoy de acuerdo en discutir la decisión de interrumpir la medicación y los efectos secundarios posibles que pueden ocurrir a partir de esta decisión con el profesional antes de actuar sobre esta decisión.

Entiendo que el máximo beneficio se producirá con una asistencia constante y el cumplimiento del tratamiento (medicamentos. Asesoramiento, etc.) según lo sugerido por el profesional, pero no es garantía de los resultados del tratamiento se puede esperar.

Información Importante para Los Pacientes

Por favor sepa que nosotros **no** proporcionamos evaluaciones (diagnósticos) o tratamientos para casos de la corte (litigios). Litigios incluyen casos penales, el divorcio, lesiones personales y tipos de angustia emocional de los casos, entre otros. Si usted está buscando una evaluación y tratamiento para un propósito litigio, le recomendamos que conserve con un médico y/o psicólogo que efectúen este tipo de evaluaciones y tratamiento legal.

Los proveedores de la Psychiatric Wellness Center **no** proporcionan evaluaciones de litigio o tratamientos; nuestro propósito es estrictamente para ayudarle.

_____ He leído y entendido esta forma de tratamiento de Consentimiento.

SIGNATURE: _____ **DATE:** ____/____/____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

LISTA DE PRÁCTICAS

A continuación se presenta una lista de prácticas que permite uso más eficiente de su tiempo y la del médico y las prácticas del médico.

Por favor, de autorizar las prácticas específicas por **iniciar** en los espacios correspondientes y firmar abajo.

1. ____ Doy permiso a Psychiatric Wellness Center (PWC) llamar y recordarme por teléfono de mis citas. Este permiso se extiende a permitir PWC para dejar un recordatorio de mi cita en mi máquina de mensaje o correo de voz.
2. ____ Doy permiso que el proveedor pueda usar mi nombre en la sala de espera para mi sesión.
3. ____ Doy permiso que se envíe por fax toda mi información, esencial, personal médica, farmacia, HMO, proveedor de aseguranza, hospital, y / o otro proveedor médico involucrados en mi tratamiento. (Es decir: fax una autorización de recarga a su farmacia)
4. ____ Yo Entiendo si estoy mas de 10 minutos tardes a mi cita , La cita se va reprogramar y el cargo de cita perdida será puesta en su cuenta.
5. ____ Yo Entiendo si el paciente es menos de (18 Anos) los padres, o guardian tiene que acompañar el paciente al tiempo de la cita.

SIGNATURE: _____ **DATE:** ____/____/____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

ACUERDO DE CITA PERDIDA

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

1. Es mi responsabilidad notificar: Psychiatric Wellness Center 24 horas antes de la cita programada, si tengo la intención de cancelar esa cita.
2. Entiendo que me facturará al pago de oficina \$50 .00 para nuevas consultas y \$35.00 para citas regulares, para todas las citas perdidas y/o cita cancelada tarde.
3. Estoy de acuerdo en pagar esta cantidad en caso de que me olvido de una cita o no cancelar 24 horas antes de la cita programada.
4. \$50.00 para nuevas consultas y \$35.00 para citas regulares se requiere el pago antes de la próxima cita.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

Contrato de Cumplimiento de Medicamentos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo, los abajo firmantes, estoy de acuerdo en cumplir con todas las citas de gestión de medicamentos y planes de tratamiento con centro de Psychiatric Wellness Center entiendo que mi médico está requiriendo que yo regrese como medicamento necesario para estas citas (por su discreción).

1. Tomaré mi medicación según lo prescrito por mi doctor; Hablaré con mi médico antes de cambiar mi dosis.
2. No aceptare las mismas prescripcion de otros doctors.
3. Me haré cargo de mis medicamentos. Mi médico sólo reemplazará las prescripciones perdidas, robadas o dañadas a su discreción, y se me cobrará \$15 para rellenar.
4. Mi médico sólo aprobará los recambios tempranos a su discreción, y se me cobrará \$15 para rellenar.
5. Mi médico no aprobará las recargas cuando el consultorio del médico esté cerrado.
6. Solicitaré todos los recargos de medicamento llamando a mi farmacia y pidiendo que envíen por fax el pedido durante las horas de consultorio del médico por lo menos 5 días antes de tomar mi última dosis de mi medicación.
7. Sé que mi médico puede cambiar o detener mi medicación si no alivia mis síntomas.
8. Entiendo que si pierdo mi cita debo hacer una cita y mis meditaciones sólo serán rellenadas hasta esa fecha, y se me cobrará \$15 dolares para rellenar.
9. Yo entiendo que me tendrán que ser visto al menos cada 3 meses para mantener los servicios.
10. Entiendo que si no he sido visto en 6 meses que no se darán recargos de medicamento y tendré que hacer una cita de nuevo paciente.
11. Entiendo que si mi médico prescribe una sustancia controlada, se me pedirá que me someta a una evaluacion de drogas. Evaluacion de drogas es un examen de laboratorio en el cual se comprueba una muestra de mi orina para ver qué medicamentos estoy tomando.

Entiendo que si este contrato se rompe en cualquier momento o si mi médico siente que estoy abusando de cualquier medicación de la prescripción, los servicios con PwC serán interrumpidos inmediatamente y una remisión a otra facilidad será dada junto con un suministro final de 30 días de Medicamentos.

SIGNATURE: _____ **DATE:** ____/____/____



8329 Brimhall Rd. Ste. 804
Bakersfield, CA 93312
Ph (661)431-1555 | Fx (661)381-7670
@ psychwellnesscenter.com

6313 Schirra Ct. Ste. 1
Bakersfield, CA 93313
Ph (661)323-6410 | Fx (661)323-0634
@ psychwellnesscenter.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo de la ***notificación de privacidad prácticas de Psychiatric Wellness Center***. Nuestro aviso de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Te animamos a leerla en su totalidad.

Nuestro ***aviso de prácticas de privacidad*** está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado por escrito a Psychiatric Wellness Center 8329 Brimhall Rd. Ste. 804 Bakersfield, CA 93312.

Acuso recibo de la ***Notificación de Privacidad Prácticas de Psychiatric Wellness Center***.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____