



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Balanced Minds PLLC INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: ___/___/___

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo
nombre: _____

Apodo: _____ Edad: _____

Sexo (Seleccione): M F # Seguro Social: ___-___-___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Estado Civil: _____

Raza (Grupo Étnico): _____ Idioma hablado en casa: _____

Dirección del Hogar: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono del Hogar: (___) _____ Celular: (___) _____

Teléfono del Trabajo: (___) _____

Correo Electrónico: _____@_____

Mejor forma de contacto: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Quién le ha referido?: _____ Teléfono: (___) _____

Fax#: (___) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Me gustaría que mi fuente de referencia fuese contactada acerca de mi cuidado psiquiátrico

(seleccione) Si No



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

INFORMACION DEL CUIDADOR (GUARDIAN LEGAL DEL NIÑO O ADOLESCENTE)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo

(Seleccione): M F

Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba): _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo:
(____) _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Mejor forma de contacto: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

INFORMACION DEL CUIDADOR (GUARDIAN LEGAL DEL NIÑO O ADOLESCENTE)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo

(Seleccione): M F

Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente a la de arriba): _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

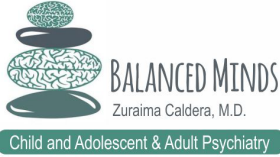
Teléfono del Hogar: (____) _____ Celular: (____) _____ Teléfono del Trabajo:
(____) _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Mejor forma de contacto: _____

Empleador: _____

Ocupación: _____



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA:

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: (____) _____

Alergia a medicinas: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Doctor Primario: _____ Teléfono: (____) _____

Fax#: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Me gustaría que mi Doctor primario fuese contactado acerca de mi cuidado psiquiátrico (Seleccione)

Si No

Farmacia predilecta: _____ Teléfono: (____) _____ F

ax#: (____) _____

Me gustaría obtener recordatorios de mi citas (Seleccione tantas opciones como desee):

Correo electrónico Mensaje de Texto Recordatorio de voz por teléfono

Para poder obtener prescripciones de sustancias controladas yo autorizo a mi médico tratante a obtener historia de mis prescripciones cuando sea requerido. (Seleccione una opción) Si No

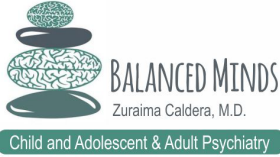
Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante Legal

Relación

Fecha



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Balanced Minds PLLC

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN

Yo doy mi consentimiento de evaluación y tratamiento por Balanced Minds PLLC. Yo entiendo que el proveedor de cuidado en esta oficina me explicará mi condición o condiciones o la condición o condiciones de mi hijo (a), posibles riesgos versus beneficios, y métodos de tratamiento para dicha condición o condiciones antes de que el tratamiento sea suministrado.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Relación con el Paciente _____

Médico Psiquiatra Tratante

Fecha

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO (PARA SER FIRMADO AL FINAL DE LA PRIMERA VISITA)

Yo entiendo completamente esta Forma y yo he tenido la oportunidad de discutir mi condición o condiciones, o la condición o condiciones de mi hijo (a) con el proveedor de cuidado médico psiquiátrico. Todas mis preguntas han sido adecuadamente respondidas.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Relación con el Paciente _____

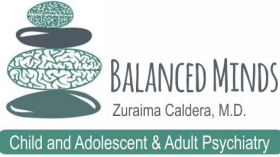
Médico Psiquiatra Tratante

Fecha

Balanced Minds PLLC CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por escoger Balanced Minds PLLC como proveedor de cuidado psiquiátrico. Nosotros estamos comprometidos a proveerle con el mejor cuidado posible y estamos complacidos de discutir nuestros cargos profesionales con usted en cualquier momento. Su entendimiento completo de nuestra póliza financiera es importante para nuestra relación profesional y debe ser firmada antes de que la atención sea prestada. Por favor haga preguntas si tiene alguna duda acerca de nuestros cargos por servicios, póliza financiera, o acerca de su relación como paciente.

- Es responsabilidad del paciente pagar todos los servicios prestados en esta oficina, incluyendo cualquier cargo por cita perdida como se establece abajo.
- El pago debe ser realizado al momento del servicio prestado. Yo doy consentimiento para que una tarjeta de crédito sea archivada en mi historia medica por cargos como citas perdidas, llamadas telefónicas, visitas por telemedicina, o facturas medica.
- Yo entiendo que Balanced Minds PLLC y la Dra. Caldera son proveedores fuera de la red para mi seguro médico, y que es mi responsabilidad determinar qué reembolso, si alguno, recibiré de mi compañía de seguro. Cualquier reclamo de seguro es responsabilidad del paciente. Yo también entiendo que es mi responsabilidad discutir con mi compañía de seguro cómo hacer dicho reclamo. La hoja de recibo de la oficina contendrá todos los códigos e información necesarias para reclamar un reembolso.
- Cargos profesionales son los siguientes:
 - Evaluación psiquiátrica inicial de niños y adolescentes 90 minutos: \$450
 - Evaluación psiquiátrica inicial de adultos 60 minutos: \$300
 - Cita de seguimiento para manejo de medicinas de adultos 30 minutos: \$150
 - Cita de seguimiento para manejo de medicinas de niños y adolescentes 30 minutos: \$150
 - Cita de psicoterapia 50 minutos: \$300
 - Cita telefónica 15 minutos: \$50
 - Copia de récord médico 20 paginas: \$25
- Al menos un mes de aviso será suministrado en caso de cualquier cambio en el pago por servicios.
- Habrá un cargo de \$50 por cada cheque devuelto.
- Si usted no viene a su cita o cancela la cita con menos de 24 horas de antelación como paciente ya establecido o 48 oras de antelación como paciente nuevo, usted recibirá un cargo por el monto total de su visita. Usted deberá pagar este cargo antes de que usted pueda hacer una nueva cita. Pacientes con tres citas perdidas pueden ser despedidos de la práctica.
- Efectivo, cheques, tarjetas de débito y tarjetas de crédito son formas de pago aceptadas



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo he leído, entiendo, y he sido permitido aclarar preguntas acerca de esta póliza y consiento por la responsabilidad financiera, y estoy de acuerdo con cumplir con los lineamientos arriba descritos.

Firma _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Relación con el paciente (si aplica): _____



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Balanced Minds PLLC CONTRATO DE POLÍTICAS DE LA OFICINA

Bienvenido (a) a Balanced Minds PLLC. Gracias por escogernos como su proveedor de cuidado psiquiátrico. Este documento describe ciertas políticas y procedimientos que nos ayudan a reunir los requisitos de todos nuestros pacientes. Por favor léalo cuidadosamente y cualquier pregunta que pueda tener podemos discutirla en nuestra próxima reunión. Una vez que usted firme este documento constituirá un acuerdo mutuo entre nosotros.

Information de contacto

Nuestro horario de oficina es Lunes-Viernes 10:00 AM-4:00 PM. Si usted necesita comunicarse con nuestra oficina entre citas, por favor llame el número principal al 512-851-1220 y deje un mensaje. Usted también puede enviar un correo electrónico a la oficina al info@balancedmindsatx.com. Nosotros devolveremos su llamada dentro de 24 horas laborales o su correo electrónico dentro de 72 horas laborales. En caso de una situación de emergencia, o si usted siente que es un riesgo para sí mismo o para alguien mas antes de que el doctor (a) sea capaz de hablar con usted o de retornar su llamada, no espere por la llamada de regreso. Usted debe comunicarse con el 911 o ir al departamento de emergencia mas cercano.

Información de citas

Previo a su primera cita usted debe haber enviado el “Paquete de Formas de Pacientes Nuevos” al fax 512-851-1080 o por correo al 2901 Caballo Ranch Blvd Building 6 Suite D Cedar Park, TX 78641, y nosotros debemos haber coordinado la primera cita juntos. Es importante que tengamos su información de contacto actualizada (número de teléfono correcto, dirección y la mejor forma de contactarle) de manera que podamos informarle cualquier cambio en el calendario de cita o cambios en las políticas de la oficina. Por favor provea información vigente si algún cambio ocurre. La intención de la primera cita es una consulta para formular una evaluación diagnóstica así como un plan de tratamiento, y para decidir si nuestros servicios se ajustan a sus necesidades. Visitas adicionales pueden ser necesarias para hacer esta determinación. También ésto le dará la oportunidad de determinar si nuestros servicios se ajustan a usted.

Usted debe **llegar al menos 10 minutos antes del tiempo estipulado para su cita**. Su cita es tiempo reservado para usted, por lo cual hay muy poco tiempo de espera para ser atendido. Nosotros hacemos prioritario empezar su cita a tiempo. Si usted llega tarde a su cita, entonces su tiempo con el doctor (a) será terminado como estaba estipulado, de manera que el doctor (a) pueda ver al próximo paciente a tiempo. Si usted llega mas de 15 minutos tarde para su cita, nosotros le haremos saber si puede ser visto o si su cita debe ser reprogramada y usted todavía debe pagar por la visita. Si el doctor (a) esta tarde para verle, usted todavía será visto por el tiempo completo d su visita estipulada a menos que una emergencia clínica requiera el acortamiento de su cita.

La mayoría de las citas iniciales son de 60 minutos para adultos y 90 minutos para menores, aunque algunas citas iniciales podrían ser mas largas. Visitas a la oficina son sólo por cita. Citas de seguimiento son de 20 a 50 minutos. Usted debe traer siempre sus medicinas o lista de medicinas actualizada a sus citas. También, usted debe traer los frascos de prescripciones antes de que sustancias controladas sean otorgadas (Benzodiazepinas o estimulantes).



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Citas de seguimiento serán programadas cada vez que usted sea evaluado en la mayoría de los casos. Usted puede enviar un correo electrónico al info@balancedmindsatx.com o llamar al 512-851-1220 para programar una cita de seguimiento. Usted será contactado dentro de un día laboral para programar su cita. Si usted necesita reprogramar su cita, por favor hágalo como está establecido en la política de citas descrita abajo.

Cancelando o Reprogramando citas

En Balanaced Minds PLLC nos esforzamos por proveer citas a tiempo para nuestros pacientes y nosotros solicitamos que todos nuestros pacientes mantengan sus citas. Nosotros tenemos una política de No-Presentación que incluye cancelaciones tardías. Una cancelación tardía es una cancelación hecha después de las 12:00 del mediodía del día anterior a su cita para visitas de seguimiento, y 48 horas antes de su primera cita. Una No-Presentación es cualquier cita en la cual usted no vino, o llegó 15 minutos tarde o mas, y usted no contactó la oficina previo a su cita programada. El pago completo será cargado por cualquier cancelación tardía o cita perdida. Si un paciente tiene tres cancelaciones tardías o No-Presentación en un período de tiempo de 12 meses, Balanced Minds PLLC puede terminar cuidado y una carta será enviada a usted para tal efecto.

Si usted necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llame al 512-851-1220 por lo menos 24 horas antes del tiempo estipulado para su cita de seguimiento, y 48 horas antes de su tiempo estipulado para una primera cita.

Recarga de medicamentos

Prescripciones nuevas y recargas de medicamentos serán otorgadas durante las visitas a la oficina. En caso de recarga de medicamentos ser necesitadas entre visitas, por favor permita al doctor (a) al menos 72 horas para hacer la recarga de medicamento. No espere a quedarse sin medicina. Contacte a su farmacia, no a esta oficina, para comenzar el proceso de recarga de medicamento por lo menos 2-3 días antes de quedarse sin medicina. Incluso si su prescripción dice tener 0 recarga, la farmacia enviará la petición a esta oficina. Usted deberá llamar a esta oficina para recarga de medicinas que son sustancias controladas (benzodiazepinas o estimulantes por ejemplo). Por favor, note que usted debe mantener sus citas de seguimiento o sus medicamentos no serán recargados. Si usted falla en venir a tres citas, o no ha sido visto en un período de 6 meses, no medicina será recargada hasta que usted haga una cita y sea visto en esta oficina. En el caso de una recarga de medicamento ser necesaria por teléfono, por favor deje un mensaje con la información relacionada con su nombre, número de teléfono, fecha de nacimiento, nombre de la medicina, dosis, y frecuencia de la medicina requerida también como el nombre y número de teléfono de la farmacia.

Laboratorios y Resultados

Es important para su salud tener laboratorios hechos de manera oportuna, una vez que éstos han sido ordenados por su doctor (a). Algunos medicamentos requieren monitoreo regular ya que los niveles en sangre pueden variar, y algunos medicamentos pueden afectar su hígado, riñones, niveles de azúcar en la sangre, electrolitos, colesterol, y otros aspectos de su salud. Una vez que nosotros recibimos los resultados de laboratorio, nosotros los revisaremos



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Dentro de una semana de usted tener sus laboratorios hechos, usted recibirá una llamada telefónica con los resultados y usted puede obtener una copia de los resultados en su próxima visita. Si ha pasado mas de una semana desde que usted se hizo los laboratorios y usted no ha recibido los resultados, por favor contacte nuestra oficina.

Usted debe contactar el laboratorio y asegurarse de que ellos tienen su información de seguro correcta y averiguar por qué le envían a usted una factura. Puede ser que usted tenga un deducible. Ocasionalmente una prueba puede no ser cubierta por su seguro y el laboratorio le enviará una factura.

Confidencialidad

Proteger la confidencialidad de su información personal es una obligación importante que nosotros tomamos seriamente en Balanced Minds PLLC. Nosotros respetamos su privacidad y mantendremos todos los registros de su tratamiento con bases confidenciales. Nosotros no revelaremos ninguna información acerca de usted o su tratamiento sin su consentimiento escrito, a menos que seamos requeridos o permitidos bajo leyes aplicables.

Usted puede obtener copias de sus registros si lo solicita por escrito y pagando los cargos correspondientes. Usted recibirá las copias de sus registros a menos que nosotros determinemos que haciéndolo pueda ser riesgoso para su salud mental o emocional, en cuyo caso nosotros estaremos complacidos de proveerlos a un profesional de salud mental apropiado y de su preferencia.

Solicitudes de ayuda con Formularios o Problemas Legales

Algunas veces nosotros completamos formularios que permiten a los pacientes tomar ausencia temporal la escuela o el trabajo. Nosotros también, algunas veces, ayudamos a pacientes con formularios de seguros de salud. Nosotros podemos requerir de una cita con su psiquiatra para completar este tipo de papeles. Esta cita debe ser separada de su cita tradicional para poder asegurar el tiempo adecuado para su terminación.

Aunque podemos ayudar con algunos formularios, nuestra misión es proveer cuidado psiquiátrico. Nosotros no lidiamos con asuntos legales. En algunos casos, nosotros no podremos completar documentos si usted no ha estado establecido con la clínica por cierto período de tiempo, o si los documentos requieren información que nosotros no somos capaces de proveer. En cualquier momento su psiquiatra puede declinar completar documentos porque no es apropiado completarlos por esta oficina. Nosotros no escribimos reportes por asuntos relacionados con custodia de menores, demandas legales, o defensa en contra de cargas criminales, documentos de lesiones de compensación laboral, o por otros propósitos legales.

Planes de Seguro

Esta práctica no acepta seguros de salud. Es nuestra política que los pacientes completen y vigilen sus propios reclamos de seguro. Es responsabilidad del paciente discutir con su seguro de salud cómo presentar un reclamo de ayuda. El monto de reembolso de su compañía de seguro de salud dependerá de las políticas de su compañía de seguro. La factura de la oficina contendrá todos los códigos e información necesarias a presentar para su reclamo de reembolso. Si usted es elegible para Medicare o recibe en el presente beneficios médicos de Medicaid, por favor sepa que Balanced Minds PLLC y la Dra. Zuraima Caldera han optado no



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

cobrar a Medicare. Esto significa que usted no podrá enviar nuestra factura a Medicare por reclamo de reembolso.

Pagos

Por favor lea y firme el Consentimiento de Responsabilidad Financiera

Reglas de comportamiento

Una buena relación médico/paciente y un buen cuidado médico están basados en el respeto mutuo y en el comportamiento cordial y apropiado. Por lo tanto, todas las interacciones en Balanced Minds PLLC deben ser respetuosas y apropiadas.

Si un paciente o miembro familiar daña equipos, muebles, edificio, propiedad, o terrenos en o alrededor de Balanced Minds PLLC, el paciente es el responsable económico por los daños y hará pronta restitución.

Termination de la Relación

Usted puede terminar nuestra relación profesional en cualquier momento siempre que nos avise. Nosotros podemos terminar nuestra relación profesional en cualquier momento, sujetándonos a nuestras obligaciones éticas y las reglas de la Junta Médica de Texas (Texas Medical Board) dándole aviso. Nosotros le proveeremos a usted con una lista de psiquiatras alternativos de quienes usted puede buscar cualquier servicio psiquiátrico adicional.

Su firma a continuación indica que usted ha leído la información en este documento, entiende todo su contenido, y está de acuerdo a cumplir con sus términos durante nuestra relación profesional.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Médico Psiquiatra Tratante

Fecha

Balanced Minds PLLC CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

_____, por este medio declaro que firmando este consentimiento
(Nombre del paciente)
reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Yo he recibido el aviso de privacidad de la Oficina antes de firmar este consentimiento. El aviso de privacidad incluye una descripción completa de cómo la oficina usa o divulga mi información de salud protegida (PHI). La oficina ha declarado que este aviso está disponible para mí en el futuro a petición mía, y tengo derecho a obtener una copia para mis registros.
2. La oficina se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su aviso de privacidad, siempre que lo permita la ley.
3. Yo entiendo y autorizo los siguientes recordatorios de citas que utilizará esta oficina: una llamada telefónica a mi casa, trabajo o teléfono celular (según mi preferencia de la mejor manera de contactarme) y dejar un mensaje en mi contestador automático o con la persona con quien puede contestar el teléfono de manera apropiada (simplemente dejando el nombre del médico y la hora de la cita) cuando no estoy disponible o no tengo un correo de voz privado para dejar un mensaje; y / o recordatorios por correo electrónico, y / o tarjetas de citas entregadas con mi nombre, fecha y hora.
4. Yo entiendo que los recordatorios de citas son una cortesía y todavía es mi responsabilidad registrar y mantener las citas que he hecho, y puede no garantizar que reciba un recordatorio con éxito cada vez.
5. Yo entiendo que es la política de la oficina decir el nombre del siguiente paciente, al terminar la visita, al ir a la sala de espera donde otros pacientes pueden estar presentes. Los apellidos se usan cuando dos pacientes del mismo nombre están esperando que se les llame por precisión.
6. Yo entiendo que la oficina puede enviar una carta a mi casa si me he perdido dos citas sin contactarme con esta oficina para informarme sobre la política de terminación o para enviarme los resultados del laboratorio si no me pudieron contactar por teléfono o correo electrónico. Cualquier correo será marcado como Personal y Confidencial.
7. Yo entiendo que es la política de la oficina contactar a pacientes que no han estado en el la oficina de la siguiente manera: a) llamada telefónica a mi casa o trabajo (según mi preferencia de la mejor manera de contactarme) y dejar un mensaje en mi contestador automático o con la persona con quien pueda contestar el teléfono de manera apropiada; b) recordatorios de cartas que se envían por correo a mi domicilio.
8. Yo entiendo que tengo derecho a solicitar que la oficina restrinja cómo se usa y / o divulga mi PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y / o atención médica. Sin embargo, la oficina no está obligada a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si la oficina acepta una restricción solicitada, la restricción es vinculante para la oficina.



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

9. Yo entiendo que este consentimiento es válido por siete años. Además, entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento para todas las transacciones futuras.

Firma del paciente

Fecha

Representante Legal

Relación con el paciente

Fecha

Balanced Minds PLLC AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.
EFECTIVO 04/14/2003

Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida ("información médica") y sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica. Este Aviso se aplica a Balanced Minds, incluidos sus proveedores y empleados (la "Práctica").

I. NUESTRAS OBLIGACIONES.

La ley nos exige que:

Mantener la privacidad de su información médica, en la medida requerida por la ley estatal y federal;

Entregarle este Aviso que explica nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;

Notificar a las personas afectadas después de una violación de la información médica no segura según la ley federal; y

Siga los términos de la versión de este Aviso que está actualmente vigente. We are required by law to:

- Mantener la privacidad de su información médica, en la medida requerida por la ley estatal y federal;
- Entregarle este Aviso que explica nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- Notificar a las personas afectadas después de una violación de la información médica no segura según la ley federal; y
- Seguir los términos de la versión de este Aviso que está actualmente vigente.

II. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED.

Las siguientes categorías describen las diferentes razones por las que usualmente usamos y divulgamos información médica. Estas categorías están destinadas a ser descripciones generales solamente, y no una lista de cada instancia en la que podemos usar o divulgar su información médica. Por favor, comprenda que para estas categorías, la ley generalmente no requiere que obtengamos su autorización para que podamos usar o divulgar su información médica.

A. Para Tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para brindarle tratamiento de atención médica y servicios relacionados, incluida la coordinación y administración de su atención médica. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, otros proveedores de atención médica y al personal que

le brinde atención médica o participe de esta (tanto dentro como fuera de la práctica). Por ejemplo, si su atención requiere derivación o tratamiento por parte de otro médico de una especialidad fuera de la Práctica, podemos proporcionarle a ese médico su información médica para ayudar al médico en su tratamiento de usted.

B. Para Pago. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que podamos facturar y cobrarle a usted, a una compañía de seguros o a un tercero por los servicios de atención médica que brindamos. Esto también puede incluir la divulgación de información médica para obtener autorización previa para el tratamiento y los procedimientos de su plan de seguro. Por ejemplo, podemos enviar un reclamo de pago a su compañía de seguros, y ese reclamo puede tener un código que describa los servicios que se le han prestado. Sin embargo, si paga un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo, y solicita que no divulguemos a su plan de salud la información médica relacionada únicamente con ese artículo o servicio, como se describe más detalladamente en la Sección IV de este Aviso, seguiremos esa restricción de divulgación a menos que la ley exija lo contrario.

C. Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar y administrar nuestra práctica y para promover una atención de calidad. Por ejemplo, es posible que necesitemos usar o divulgar su información médica para evaluar la calidad de la atención que recibe o para llevar a cabo ciertas actividades de gestión de costos, gestión comercial, administración o mejora de la calidad o para proporcionar información a las compañías de seguros.

D. Seguro de calidad. Es posible que necesitemos usar o divulgar su información médica para nuestros procesos internos para evaluar y facilitar la prestación de atención de calidad a nuestros pacientes. .

E. Revisión de utilización. Es posible que necesitemos usar o divulgar su información médica para realizar una revisión de los servicios que brindamos a fin de evaluar si se recibe el nivel adecuado de servicios, según la afección y el diagnóstico..

F. Acreditación y revisión por colegas. Es posible que necesitemos usar o divulgar su información médica para que podamos revisar las credenciales, calificaciones y acciones de nuestros proveedores de atención médica..

G. Alternativas de tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que creemos que pueden ser de su interés..

H. Recordatorios de citas y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted (incluyendo, por ejemplo, contactarlo por teléfono y dejar un mensaje en un contestador automático o correo electrónico) para proporcionar recordatorios de citas y otra información. Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que creemos que pueden ser de su interés.

I. Socios de negocio. Hay algunos servicios (como facturación o servicios legales) que se pueden proporcionar a nuestra práctica o en su nombre a través de contratos con socios comerciales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido. Sin



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

embargo, para proteger su información médica, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

J. Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención. Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica, así como a alguien que ayude a pagar su atención, pero lo haremos solo según lo permita la ley estatal o federal (con una oportunidad para que usted acepte u objete cuando lo requiera la ley), o de acuerdo con su autorización previa..

K. Según lo requerido por la ley. Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes o regulaciones federales, estatales o locales..

L. Para evitar una amenaza inminente de lesiones para la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente de lesiones a su salud o seguridad física, mental o emocional o la seguridad física de otra persona. Dicha divulgación solo se haría al personal médico o policial.

M. Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar y divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

N. Investigación. Podemos usar o divulgar su información médica con fines de investigación en ciertas situaciones. La ley de Texas nos permite divulgar su información médica sin su autorización por escrito al personal calificado para la investigación, pero el personal no puede identificar directa o indirectamente a un paciente en ningún informe de la investigación ni revelar su identidad de ninguna manera. Además, se utilizará un proceso de aprobación especial para fines de investigación, cuando lo exijan las leyes estatales o federales. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información a una Junta de Revisión Institucional u otra junta de privacidad autorizada para obtener una exención de autorización bajo HIPAA. Además, podemos usar o divulgar su información médica con fines de investigación si su autorización se ha obtenido cuando lo exige la ley, o si la información que proporcionamos a los investigadores está "desidentificada".

O. Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades militares correspondientes.

P. Compensación de trabajadores. Podemos divulgar información médica sobre usted para la compensación como trabajador o un programa similar. Estos programas brindan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si tiene lesiones que resultaron de su empleo, el seguro de compensación para trabajadores o un programa estatal de compensación para trabajadores pueden ser responsables del pago de su atención, en cuyo caso podríamos estar obligados a proporcionar información a la aseguradora o programa..

Q. Riesgos de salud pública. Podemos divulgar información médica sobre usted a las autoridades de salud pública para actividades de salud pública. Como regla general, la ley nos exige revelar ciertos tipos de información a las autoridades de salud pública, como el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Los tipos de información generalmente incluyen información utilizada:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (incluida la notificación de una enfermedad o lesión en particular).
- Para informar nacimientos y defunciones.
- Para reportar sospechas de abuso o negligencia infantil.
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con dispositivos y suministros médicos.
- Para notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que puedan estar usando.
- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- Para proporcionar información sobre ciertos dispositivos médicos.
- Para ayudar en investigaciones de salud pública, vigilancia o intervenciones.

R. Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones y procedimientos civiles, administrativos o penales, inspecciones, licencias y acciones disciplinarias, y otras actividades necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica, ciertos programas de beneficios gubernamentales, ciertas entidades sujetas a regulaciones gubernamentales que se relacionan a la información de salud y al cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

S. Asuntos legales. Si está involucrado en una demanda o una disputa legal, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Además de las demandas, puede haber otros procedimientos legales para los cuales se nos puede exigir o autorizar el uso o divulgación de su información médica, como investigaciones de proveedores de atención médica, audiencias de competencia sobre individuos o reclamos sobre el pago de tarifas por servicios médicos.

T. Actividades de aplicación de la ley, seguridad nacional e inteligencia. En ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica si los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley nos lo solicitan, o si la ley así lo exige. Podemos divulgar su información médica al personal de aplicación de la ley, si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente de lesiones a su salud o seguridad física, mental o emocional o la seguridad física de otra persona. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

U. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar su información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre nuestros pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

V. Reclusos. Si es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica sobre usted al personal de atención médica de una institución correccional según sea necesario para que la institución le brinde tratamiento de atención médica.

W. Comercialización de servicios de salud relacionados. Podemos usar o divulgar su información médica para enviarle comunicaciones de tratamiento u operaciones de atención médica relacionadas con alternativas de tratamiento u otros productos o servicios relacionados con la salud. Podemos proporcionarle dichas comunicaciones en los casos en que recibamos una remuneración financiera de un tercero a cambio de hacer la comunicación solo con su autorización específica, a menos que la comunicación: (i) se haga cara a cara por la Práctica para usted, (ii) consiste en un regalo promocional de valor nominal proporcionado por la Práctica, o (iii) está permitido por la ley. Si la comunicación de mercadeo implica una remuneración financiera y se requiere una autorización, la autorización debe indicar que dicha remuneración está involucrada. Además, si usamos o divulgamos información para enviar una comunicación de mercadeo por escrito (según lo define la ley de Texas) por correo, la comunicación debe enviarse en un sobre que muestre solo el nombre y las direcciones del remitente y el destinatario y debe (i) indicar el nombre y número gratuito de la entidad que envía la comunicación de mercado; y (ii) explique el derecho del destinatario a que se elimine el nombre del destinatario de la lista de correo del remitente..

X. Recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar ciertas cantidades limitadas de su información médica para enviarle materiales para recaudar fondos. Tiene derecho a optar por no recibir tales comunicaciones de recaudación de fondos. Cualquier material de recaudación de fondos que se le envíe tendrá instrucciones claras y visibles sobre cómo puede optar por no recibir dichas comunicaciones en el futuro.

Y. Divulgaciones electrónicas de información médica. Según la ley de Texas, estamos obligados a notificarle si su información médica está sujeta a divulgación electrónica. Este aviso sirve como aviso general de que podemos divulgar su información médica electrónicamente para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o según lo autorizado o requerido por la ley estatal o federal.

III. OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

A. Autorizaciones. En ocasiones, es posible que necesitemos o queramos usar o divulgar su información médica por razones distintas a las mencionadas anteriormente, pero para hacerlo necesitaremos su autorización previa. Aparte de lo dispuesto expresamente en este documento, cualquier otro uso o divulgación de su información médica requerirá su autorización específica por escrito.

B. Notas de psicoterapia, comercialización y venta de información médica. La mayoría de los usos y divulgaciones de "notas de psicoterapia", usos y divulgaciones de información médica con fines de comercialización, y divulgaciones que constituyen una "venta de información médica" bajo HIPAA requieren su autorización.



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

C. **Derecho a revocar la autorización.** Si nos proporciona una autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para otros fines, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya hayamos hecho en virtud de su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

IV. **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED.**

Las leyes federales y estatales le otorgan ciertos derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted. El siguiente es un resumen de esos derechos.

A. **Derecho a inspeccionar y copiar.** En la mayoría de las circunstancias, tiene derecho a inspeccionar y / o copiar su información médica que tenemos en nuestro poder, que generalmente incluye sus registros médicos y de facturación. Para inspeccionar o copiar su información médica, debe enviar su solicitud por escrito al Funcionario de HIPAA del consultorio a la dirección que figura en la Sección VI a continuación.

Si solicita una copia de su información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo o ciertos suministros asociados con su solicitud. La tarifa que podemos cobrar será la cantidad permitida por la ley estatal..

Si su información médica solicitada se mantiene en un formato electrónico (por ejemplo, como parte de un registro médico electrónico, registro de facturación electrónica u otro grupo de registros mantenidos por la Práctica que se utiliza para tomar decisiones sobre usted) y solicita una copia electrónica de esta información, le proporcionaremos la información médica solicitada en el formato electrónico solicitado, si es fácilmente producible en ese formato. Si no es fácilmente producible en el formato electrónico solicitado, proporcionaremos acceso en un formato electrónico legible según lo acordado por la Práctica y usted.

En ciertas circunstancias muy limitadas permitidas por la ley, podemos denegar su solicitud de revisar o copiar su información médica. Le daremos dicha negación por escrito. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica con licencia elegido por la Práctica revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

B. **Derecho a enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la Práctica conserve la información. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser por escrito y presentada al Funcionario de HIPAA a la dirección que figura en la Sección VI a continuación. En su solicitud, debe proporcionar una razón de por qué desea esta enmienda. Si aceptamos su solicitud, se lo notificaremos por escrito.



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que (i) no fue creada por nosotros (a menos que proporcione una base razonable para afirmar que la persona u organización que creó la información ya no está disponible para actuar en el enmienda solicitada), (ii) no es parte de la información mantenida por la Práctica, (iii) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (iv) es precisa y completa. Si denegamos su solicitud, le notificaremos de esa denegación por escrito.

C. Derecho a una contabilidad de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información médica. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos realizado hasta seis años antes de la fecha de solicitud de su información médica, pero no incluye divulgaciones para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (como se describe en las Secciones II A, B y C de este Aviso) o divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización específica (como se describe en la Sección III de este Aviso), o ciertas otras divulgaciones.

Si hacemos divulgaciones a través de un sistema de registros de salud electrónicos (EHR), usted puede tener un derecho adicional a un recuento de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Comuníquese con el Funcionario de HIPAA de la Práctica en la dirección establecida en la Sección VI a continuación para obtener más información sobre si hemos implementado un EHR y la fecha de vigencia, si la hubiera, de cualquier derecho adicional a una contabilidad de las divulgaciones realizadas a través de un EHR para los fines de Tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Para solicitar una lista de contabilidad, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica a la dirección que figura en la Sección VI a continuación.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser más de seis años (o más de tres años para divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de atención médica realizadas a través de un EHR, si corresponde) y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003 Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

D. Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo.

Excepto como se describe específicamente a continuación en este Aviso, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción o limitación. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. Además, hay ciertas situaciones en las que no podremos aceptar su solicitud, como cuando la ley nos exige que usemos o divulguemos su información médica.

Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica en la dirección que figura en la Sección VI de este Aviso a continuación. En su



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

solicitud, debe decirnos específicamente qué información desea limitar, si desea que limitemos nuestro uso, divulgación o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites..

Como se indicó anteriormente, en la mayoría de los casos no tenemos que aceptar su solicitud de restricciones en las divulgaciones que de otro modo están permitidas. Sin embargo, si paga u otra persona (que no sea un plan de salud) paga en su nombre por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo, y solicita que no divulguemos la información médica relacionada únicamente con ese artículo o servicio a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, entonces estaremos obligados a cumplir con esa solicitud de restricción a menos que la ley exija la divulgación. Debe tener en cuenta que dichas restricciones pueden tener consecuencias no deseadas, especialmente si otros proveedores necesitan conocer esa información (como una farmacia que surte una receta). Será su obligación notificar a dichos proveedores de esta restricción. Además, dicha restricción puede afectar la decisión de su plan de salud de pagar por la atención relacionada que tal vez no desee pagar de su bolsillo (y que no estaría sujeta a la restricción).

E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en casa, no en el trabajo o, por el contrario, solo en el trabajo y no en el hogar. Para solicitar dichas comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica en la dirección que se indica en la Sección VI a continuación.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud, y haremos todo lo posible para dar cabida a todas las solicitudes razonables, pero hay algunas solicitudes que no podremos cumplir. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

F. Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede solicitarnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este Aviso, debe realizar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica en la dirección que se indica en la Sección VI a continuación..

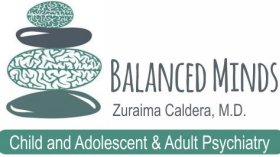
G. Notificación de derecho de incumplimiento. En ciertos casos, podemos estar obligados a notificarle a usted (y potencialmente a otras partes) si nos damos cuenta de que su información médica se ha divulgado incorrectamente o de lo contrario está sujeta a una "violación" según lo definido y / o requerido por HIPAA y la ley estatal aplicable .

V. CAMBIOS A ESTE AVISO.

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento, junto con nuestras políticas y prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la Notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual, junto con un anuncio de que se han realizado cambios, según corresponda, en nuestra oficina.

Cuando se hayan realizado cambios en el Aviso, puede obtener una copia revisada enviando una carta al Funcionario de HIPAA del consultorio a la dirección que figura en la Sección VI a continuación o solicitando a la recepcionista de la oficina una copia actual del Aviso.

VI. QUEJAS.



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad como se describe en este Aviso, puede presentar una queja ante el Consultorio en la siguiente dirección o número de teléfono:

Balanced Minds PLLC
Attn: HIPAA Officer
2901 Caballo Ranch Blvd Building 6 Suite D Cedar Park, TX 78641
Teléfono #: 5128511220

Para presentar una queja, puede llamar o enviar una carta por escrito. La práctica no tomará represalias contra ninguna persona que presente una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Además, si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con el Funcionario de HIPAA de la Práctica a la dirección o número de teléfono que figuran arriba.

VII. RECONOCIMIENTO Y RESTRICCIONES SOLICITADAS.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad antes de cualquier servicio que le brinde la Práctica, y acepta el uso y divulgación de su información médica como se establece en este documento, excepto como se establece expresamente a continuación.

Por la presente solicito las siguientes restricciones sobre el uso y / o divulgación (especifique según corresponda) de mi información:

Nombre del paciente: _____
(Por favor imprima el nombre)

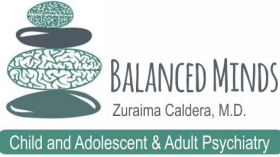
Fecha de nacimiento del paciente: _____

FIRMAS:

Paciente o Representante Legal: _____
Fecha: _____

Si es un Representante Legal/Relación con el paciente: _____

Testigo (opcional) : _____ Fecha: _____



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

AUTORIZACIÓN DE CARGO DE TARJETA DE CRÉDITO

Entiendo que a la tarjeta de crédito que figura a continuación se le cobrará por los servicios prestados y por las citas perdidas y canceladas con menos de 24 horas de anticipación. Si se niega el cargo a la tarjeta de crédito, se me facturarán las citas por separado. Balanced Minds PLLC no programará más citas hasta que pague todos los saldos pendientes. Estoy de acuerdo en llamar y notificar a la clínica, antes de mi próxima cita programada, si mi dirección, número de teléfono o persona responsable ha cambiado. Por la presente autorizo a Balanced Minds PLLC a cargar a mi tarjeta de crédito los servicios prestados a mí o al paciente cuyo nombre aparece a continuación (y para citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de anticipación)

Número de Tarjeta de crédito: _____

Código de Seguridad: _____ Fecha de Expiración: _____

Nombre (Como aparece impreso en la tarjeta de crédito): _____

Dirección (Como aparece en la Factura de la Tarjeta de crédito): _____

_____ City: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Al firmar a continuación, autorizo a Balanced Minds PLLC a cargar en mi tarjeta de crédito los servicios profesionales que se describen anteriormente. Certifico que soy el propietario de la tarjeta de crédito que figura en este formulario y puedo autorizar cargos a esta tarjeta..

Nombre de Paciente _____ DOB: _____

Firma (Responsable): _____ Date: _____



Balanced Minds PLLC
5524 Bee Cave rd.
Suite E3
Austin, TX 78746
Phone: 512 851 1220

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEPSIQUIATRÍA

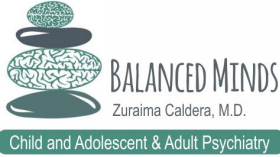
La telepsiquiatría es la prestación de servicios psiquiátricos utilizando sistemas electrónicos de audio y visuales interactivos entre un proveedor y un paciente que no están en la misma ubicación física. Estos servicios también pueden incluir prescripción electrónica, programación de citas, comunicación por correo electrónico o chat electrónico, programación electrónica y distribución de materiales educativos para pacientes.

Para recibir servicios de telepsiquiatría de Balanced Minds PLLC, debe ser **Residente del Estado de Texas**.

Balanced Minds PLLC le permite a la Dra. Caldera realizar telepsiquiatría para cualquier cita en el consultorio, pero solo a través del proveedor de servicios de telemedicina Doxy.me, LLC. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados por Doxy.me incorporan protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la información del paciente y los datos audiovisuales. Estos protocolos incluyen medidas para salvaguardar los datos y ayudar a proteger contra la corrupción intencional o no intencional.

Los posibles beneficios de la telepsiquiatría incluyen un tiempo de espera reducido para recibir atención psiquiátrica, la conveniencia del paciente, evitar la necesidad de viajar a un psiquiatra, una mayor accesibilidad a la atención psiquiátrica y una mayor privacidad y confidencialidad; ya que usted, el paciente, no tendría que viajar a la clínica, pero podría asistir a las citas desde la comodidad de su hogar u oficina, o desde cualquier lugar que elija (dentro del estado de Texas). Los riesgos potenciales de telepsiquiatría incluyen que la sesión de telepsiquiatría no será exactamente la misma y puede no ser tan completa como un servicio presencial; La información que se transmite a través de Internet, en algunos casos, puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución de video deficiente) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte de la Dra. Caldera. Además, podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento psiquiátricos debido a deficiencias o fallas del equipo (aunque la cita podría concluirse por teléfono sin costo adicional). Otros riesgos incluyen la falla de los protocolos de seguridad que resultan en una violación de la privacidad de la información médica confidencial del paciente. En casos raros, la falta de acceso a toda la información que podría estar disponible durante una visita al consultorio, pero que puede ocurrir en una sesión de telepsiquiatría, podría ocasionar la omisión de la atención que involucra otros problemas de salud o posibles interacciones adversas de medicamentos, también La falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita cara a cara, pero no en una sesión de telepsiquiatría, puede dar lugar a errores de juicio.

Si la Dra. Caldera decide que los beneficios superan los riesgos, puede solicitar sesiones de telepsiquiatría cuando el paciente programe citas de seguimiento. Si la Dra. Caldera está de acuerdo, el paciente será programado para una sesión de telepsiquiatría y se le enviará un



Balanced Minds PLLC
2901 Caballo Ranch Blvd,
Bldg 6, Ste D
Cedar Park, TX 78641
Phone: 512-851- 1220

enlace a Internet (a <http://Doxy.me>) por correo electrónico o teléfono con instrucciones para iniciar sesión en la "sala de espera" inmediatamente antes de mi cita programada.

Derechos del paciente ("Yo" y "mi" se refieren a usted como paciente): (1) Yo entiendo que todas las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telepsiquiatría. (2) Yo entiendo que todas las reglas y regulaciones de Texas que se aplican a la psiquiatría también se aplican a la telepsiquiatría. (3) Yo entiendo que mi psiquiatra tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento para el uso de la telepsiquiatría en cualquier momento durante el transcurso de mi atención. (4) Yo entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telepsiquiatría en cualquier momento durante el curso de mi atención, y la retirada de mi consentimiento no afectará ninguna atención o tratamiento futuro de mi psiquiatra.

Mis responsabilidades: (1) Yo entiendo que debo estar físicamente dentro de Texas (incluidas las aguas del estado offshore) para ser elegible para telepsiquiatría, y mi psiquiatra puede enviar recetas de medicamentos sólo a farmacias o direcciones de Texas. Informaré a mi psiquiatra tan pronto como comience mi sesión sobre mi ubicación física. (2) Yo me aseguraré de la configuración y el funcionamiento adecuados de todos mis equipos electrónicos antes de mi sesión porque la computadora, tableta o teléfono móvil que utilizo debe tener una cámara y entrada de audio que funcionen para que mi psiquiatra pueda verme y escucharme en tiempo real . (3) Yo no grabaré ninguna sesión de telepsiquiatría sin el consentimiento previo por escrito de la Dra. Caldera y yo entiendo que mi psiquiatra no registrará ninguna de mis sesiones de telepsiquiatría sin mi consentimiento previo por escrito. (4) Yo informaré a mi psiquiatra tan pronto como comience mi sesión si alguna otra persona puede escuchar o ver alguna parte de nuestra sesión. (5) Si yo pierdo mi conexión durante una sesión, inmediatamente intentaré volver a iniciar sesión en la <http://Doxy.me> "sala de espera". (6) Si el audio que yo estoy recibiendo durante una sesión de telepsiquiatría no está completo y claro, intentaré informarle a mi psiquiatra o conectarme por teléfono para completar la cita o programar una nueva cita.

Consentimiento del paciente para el uso de la telepsiquiatría: Yo he leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telepsiquiatría. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telepsiquiatría en mi atención médica y autorizo a la Dra. Caldera a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Yo estoy de acuerdo en mantener a Balanced Minds PLLC y a la Dra. Caldera indemnes de lesiones u omisiones que puedan estar relacionadas con el mal funcionamiento o la falla técnica del equipo o el cifrado del sistema.

Printed name Date

Signature of patient (or parent, legal guardian, or conservator) (Relationship to patient)