

**Información de registro paciente**

\_ Fecha:\_\_\_\_\_

**POR FAVOR PROPORCIONE LEGIBLE POSIBLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Date de nacimiento:\_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino / femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono

Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fuente de envío:

**Notificar en caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**Los pacientes menores de 18 años**

YO, \_\_\_\_\_, juro que me la custodia legal del niño , \_\_\_\_\_. A menos que se especifique lo contrario, no se dispone de información, incluyendo pero no limitado a: información de la cita, los

# Stephen Streitfeld MindSource Centro MD

---

registros médicos información, o cualquier información personal serán liberados para cualquier persona que no sea el tutor nombrado anteriormente.

Esta información es confidencial y será tratada con respeto. Si en cualquier momento usted desea entregar información a nadie, ni a usted, le pedirán que firme un escrito de información. Por favor, tenga en cuenta que ley de Arizona permite los padres sin custodia el acceso a la salud mental de los niños y de los registros médicos.

Por favor, tenga en cuenta que el suministro nuestras instalaciones con información falsa o engañosa es un haber infligido ley y serán tratados como tales.

Padre/guardián Firma: \_\_\_\_\_

## **Responsable/Titular principal de la tarjeta**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad

Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

## **Información sobre el seguro**

Seguro de Salud Conductual Primaria: \_\_\_\_\_ o Pagar

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguros (Salud Mental) Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de autorización (si procede) : \_\_\_\_\_

Seguro de Salud Conductual secundaria: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Proveedor de seguros (Salud Mental) Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorizo la liberación de cualquiera de mis médicos, psiquiátricos o cualquier otro tipo de información necesaria para procesar cualquier reclamación y para proporcionar información a otro proveedor de cuidado de salud cuando sea necesario para coordinar el tratamiento. Yo también autorizar el pago de las prestaciones médicas o beneficios para la salud mental para el médico o proveedor de servicios prestados. Comprendo plenamente que si mi seguro deniega el pago de los servicios bibliotecarios define como servicio no cubierto, será responsable de cualquier cantidad adeudada. Además, entiendo que mi cuenta se hace referencia a o con una agencia de cobros que seré completamente responsable de todos pago de cuotas con las colecciones.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Signo: \_\_\_\_\_

—

### **Historial médico**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Fecha del último Examen físico: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos:

Las cirugías (continúe en la parte posterior si es necesario):

Medicamentos, dosis, frecuencia adoptadas (incluir medicamentos sin receta, hierbas, vitaminas) continuar en la parte de atrás si es necesario:

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor círculo alrededor de todo lo que proceda

Epilepsia o convulsiones

Accidente cerebrovascular o AIT

Lesión en la cabeza

Pérdida de la Conciencia

El Glaucoma

Dificultad para oír

Crónica del Oído Tinnitus o zumbido

Dolores de cabeza frecuentes

Ataque cardíaco o Angina

Problemas cardíacos

## Stephen Streitfeld MindSource Centro MD

---

Hinchazón de los tobillos	Los períodos menstruales pesados
Presión Arterial Alta	Sudores nocturnos
Trastornos de la coagulación o sangrado	Dificultad para orinar
Actualmente en los anticoagulantes	Incontinencia Urinaria
La tos con sangre	Sangre en la orina
El asma	Enfermedad renal
Exposición a la Tuberculosis	Artritis
Enfermedad pulmonar (otros que el asma)	Ganglios Inflamados
Las alergias	Erupciones en la piel
La Hepatitis (A, B, C)	Problemas para dormir
El reflujo gastroesofágico o reflujo ácido	Hacer dieta
Problemas estomacales	Intento de suicidio (Número de veces:_____)
Síndrome del intestino irritable (SII)	Trastorno de la alimentación
Sangre en las heces recientes	Humo o adicción a la nicotina
Los últimos negro oscuro/heces alquitranadas	Uso de Drogas Ilícitas
Estreñimiento frecuente	Abuso de Alcohol
Diarrea Regular	Medicamento abuso
EL VIH o SIDA	Las embarazadas
El Cáncer (Especificar:_____)	Sexualmente activa
Colesterol alto	La libido baja o alta
La Diabetes	Dificultad para lograr el orgasmo
Problemas tiroideos	Dificultad de excitación/erecciones
Cambios en patrones de crecimiento del pelo	Fecha de la última citología vaginal:_____
	Fecha del último análisis de sangre:_____

¿Hay otras condiciones que no se han mencionado anteriormente? Por favor, lista

Otros médicos:

¿Nos podemos poner en contacto con cualquiera de sus médicos antes mencionados?

Paciente/tutor Firma:Que

Nombre  
impreso:\_\_\_\_\_

Fecha:  
:\_\_\_\_\_ Onu



---

## POLÍTICAS

Estimado Paciente,

Le damos la bienvenida a nuestro trabajo conjunto para ayudarle con sus problemas y cuestiones. Este formulario se expondrán las políticas de nuestra práctica con el fin de optimizar su tratamiento.

Le pedimos que lea cuidadosamente, comprenden y están dispuestos a acatar estas políticas. Le entregarán su copia firmada de todas las políticas por lo que puede hacer referencia a los mismos cuando sea necesario. Cualquier duda o problema en relación con nuestras políticas pueden ser discutidos con el personal de la oficina o Stephen Streitfeld MD. Le valoramos, nuestro paciente, y seguirá ofreciendo el mejor cuidado posible.

### Por favor, lea y cada una de las políticas iniciales

\_\_\_\_\_MAY incurrir en un cargo adicional. Consulte el Acuerdo de Responsabilidad Financiera y las políticas para obtener los detalles completos en cuanto a los pagos y la facturación.

\_\_\_\_\_ Los recordatorios de la cita se enviará por correo electrónico solamente. Esta es sólo una cortesía . **Usted tiene la responsabilidad de recordar y mantener su cita independientemente de si recibe un aviso o no.**Le recomendamos encarecidamente que se registra en nuestro paciente programa de fusión en la que puede ver sus próximas citas, lista de medicamentos, y el diagnóstico historia. En el caso de cancelación tardía o no-show, que son los responsables de la tasa de No Show, el Show No debe estar pagado en su totalidad o arreglos de pago debe ser realizado antes de que otra cita de seguimiento está previsto. Una cita debe ser cancelado 48 horas de antelación para evitar este pago. (Por ejemplo: si la cita es el lunes a 15:15, usted debe cancelar antes del jueves a 15:15) circunstancias inevitables, deben tenerse en cuenta y determinación final será hecha por Stephen Streitfeld MD.

Streitfeld \_\_\_\_\_Dr receta se da suficiente para que te recargas hasta la próxima cita. Si está ejecutando sin el medicamento, usted debe tener una cita de seguimiento. Por favor, póngase en contacto con su farmacia para toda las recargas que usted pueda requerir. No rellenar los medicamentos después de las horas de oficina, en el fin de semana, o de vacaciones. Por favor, recuerde el Dr. Streitfeld para rellenar todas las secuencias de la farmacia en el momento de su designación para evitar caer en el medicamento. En general, no reemplazar las recetas. Por favor consulte la recarga principios/Escribir política para obtener más detalles acerca de las recetas.



## LAS POLÍTICAS OFICINA

### Por favor, lea y cada una de las políticas iniciales

\_\_\_\_\_ We son una pequeña oficina y nuestro personal no siempre pueden estar disponibles para responder a cada llamada de teléfono. Por favor deje un mensaje corto con su nombre, número de teléfono y un breve motivo de su llamada en nuestro contestador automático. Personal de la Oficina se pondrá en contacto con usted tan pronto como sea posible en relación a la llamada, si es necesario. Si hay una emergencia fuera de las horas de oficina, llame de inmediato al 911 o dejar un mensaje con el Dr. Streitfeld de servicio de contestador.

\_\_\_\_\_ **En pacientes menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o tutor legal de todos y cada cita.** Esto es necesario para discutir la condición del menor, los temas, avances, y el tratamiento, así como obtener la autorización de plan de tratamiento. Si un padre o tutor legal no está presente, la cita será cancelada y el niño no será visto por el Dr. Streitfeld. Cuando esto ocurre, una tarde tasa de cancelación será evaluado y debe ser pagado antes de una cita de seguimiento. Consulte el Acuerdo de Responsabilidad Financiera y las políticas para obtener más información sobre las cancelaciones fuera de plazo o si no se presenta.

\_\_\_\_\_ Los padres son responsables en todo momento de la conducta de sus hijos en la sala de espera, baño y oficina. Si la conducta del menor se considera demasiado perturbadoras por el personal de la oficina, se le pedirá que salga de inmediato. Cualquier y todos los daños y perjuicios a nuestra oficina se facturarán al padre. La cita será cancelada. Cuando esto ocurre, una tarde tasa de cancelación será evaluado y debe ser pagado antes de una cita de seguimiento. Consulte el Acuerdo de Responsabilidad Financiera y las políticas para obtener más información sobre las cancelaciones fuera de plazo o si no se presenta.

\_\_\_\_\_ Debido al pequeño tamaño y el espacio limitado de nuestra oficina, y también con el fin de reducir al mínimo las distracciones durante las citas, grandes grupos de los miembros de la familia que acompañen un paciente están desanimados. En la medida de lo posible, por favor, contacte para proveer al cuidado de sus hermanos y otros miembros de la familia que no están programadas para una cita ese día. Amigos de los menores no será permitido en las citas. Familiares adultos están autorizados a participar en la cita con el paciente o permiso de su tutor.

\_\_\_\_\_ Ocasionalmente, no escuchar a un paciente o el paciente decide poner fin a su cuidado con esta práctica. Si no tenemos noticias de que en más de 6 meses, tendremos en cuenta su caso cerrado. En ese momento, vamos a cerrar la tabla. Si lo

que desea es volver al tratamiento, póngase en contacto con nosotros. Ser conscientes de que, si ya han pasado más de 12 meses desde su última visita, se le considera un nuevo paciente.

**LAS POLÍTICAS OFICINA**

**Por favor, lea y cada una de las políticas iniciales**

\_\_\_\_\_ No alimentos o bebidas permitidas en la oficina.

\_\_\_\_\_ No fumadores. Nuestra oficina es para no fumadores.

\_\_\_\_\_ No se admiten animales de compañía en la oficina, con la excepción de animales de servicio. El propietario debe proporcionar la debida documentación de animal de servicio.

He leído y entendido las políticas antes mencionadas. Con la firma, he de reconocer que voy a adherir y convenir en todas las oficinas políticas. Yo estoy dispuesto a continuar con mi evaluación o tratamiento.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación si no paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA INFORMACIÓN DE SALUD  
PROTEGIDA**

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

Esta oficina es requerida por Reglamento Federal, conocida como la regla de privacidad HIPAA, a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionar con el aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad. Esta oficina no usar o divulgar su información de salud excepto como se describe en el anuncio.

Esta oficina es permitido por las leyes federales para hacer los usos y divulgaciones de su información médica para los propósitos de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de la salud. Información de salud protegida es la información que nosotros creamos y obtener en la prestación de servicios a usted. La información de salud acerca de usted se documenta por escrito registro médico y/o de un ordenador. Tal información puede incluir documentando sus síntomas, la historia clínica, el examen, los resultados de las pruebas, diagnósticos, tratamiento, y aplicar para el cuidado futuro o tratamiento. También incluye documentos de facturación de los servicios.

Ejemplos de usos de su información de salud para fines de tratamiento son:

- La enfermera o la asistente del médico obtiene información sobre el tratamiento de usted y los registra en el registro de salud.
- Durante el curso del tratamiento, el médico determina que él/ella tendrá que consultar a otro especialista en el área. Él/ella va a compartir la información con tal especialista y obtener su entrada.

Ejemplos del uso de su información de salud para fines de pago:

- Que se presenten las solicitudes de pago a su compañía de seguro de salud. La compañía de seguros de salud (o de otra empresa asociada a obtener el pago) las solicitudes de información de salud acerca de la atención médica. Nosotros proporcionaremos la información a ellos acerca de usted y su atención, lo que puede incluir copias o extractos de sus registros médicos que son necesarios para el pago de su cuenta. Por ejemplo, un proyecto de ley enviado a su compañía de seguro de salud puede incluir información que identifica los diagnósticos y los procedimientos y los materiales usados.

Reconozco que he leído y entendido este Aviso de Privacidad de la HIPAA.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación si no: \_\_\_\_\_

**Acuerdo de Responsabilidad Financiera y Políticas**

Este formulario debe aclarar los gastos asociados con MindSource Centro. Las tarifas se calculan en base al tiempo de duración del servicio. Sesiones tiempo cara a cara pueden incluir entrevistas, medicamento controles, planificación, cumplimentación de formularios y de las conversaciones telefónicas a otras entidades.

**Por favor, lea y los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Todas las citas deben estar en la oficina. Por favor, tenga en cuenta que las compañías de seguros no pagan por teléfono visitas, redacción de informes, frecuente o prolongado contacto por teléfono, en caso de cancelaciones fuera y/o si no se presenta tasas de pago de cuotas puede ser con todos y cada uno de estos servicios no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_ Reports, cartas u otros documentos, mientras que usted no está presente, puede implicar una tarifa. Esta tasa se basa en la cantidad de tiempo empleado en la preparación.

\_\_\_\_\_ In el caso de cancelación tardía o no-show, que son los responsables de la tasa de No Show. La tasa de No Show debe ser pagado en su totalidad o arreglos de pago debe ser realizado antes de que otra cita de seguimiento está previsto. Una cita debe ser cancelado 48 horas hábiles de antelación para evitar el pago. (Por ejemplo: si la cita es el lunes a 15:15, usted debe cancelar antes del jueves a 15:15) circunstancias inevitables, deben tomarse en consideración y decisión final se hará Stephen Streitfeld MD.

\_\_\_\_\_ En el caso de que su cuenta se refiere a o colocado en nuestras colecciones agencia, ud. será plenamente responsable de todos los cargos evaluados con las colecciones y/o cualquier honorarios de abogado o los gastos de la corte.

\_\_\_\_\_ Todos los copagos, coaseguros y deducibles y las cantidades son debido al momento del servicio, si por alguna razón usted no puede pagar en ese momento, será necesario un acuerdo de pago firmado acuerdo con una información de la tarjeta de crédito o débito y las fechas que pueden cobrar la tarjeta. Una cuota de esta conveniencia puede ser añadido a cada uno de los pagos realizados por este método.

\_\_\_\_\_ En caso de que no se contraigan con su compañía de seguros, independientemente de si es primario del secundario, será responsable del pago de la misma. (por ejemplo: Usted tiene United Healthcare, UHC, como principal y AHCCCS como secundario. Ya que no son contratados con AHCCCS, usted tiene que pagar el copago de la UCH. No factura de una compañía de seguros que no son contratados con.)

\_\_\_\_\_ En el caso de que un acuerdo de pago no es un honor, una tarifa será evaluado y un alternativo de pago en su totalidad será necesario antes de una cita de seguimiento. (Por

ejemplo: un cheque es devuelto por fondos insuficientes, requieren efectivo o tarjeta para todos los pagos futuros)

### **Cuadro de Tarifas y códigos**

Estos son algunos de los códigos básicos que pueden facturar. Todos los códigos facturación no están incluidas en esta lista. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina para más información.

Evaluación Inicial (90792)	\$350
Visita al Consultorio (99215) (Alta complejidad hasta 40 minutos)	\$200
Visita al Consultorio (99214) (Complejidad moderada hasta 25 minutos)	\$150
Visita al Consultorio (99213) (Baja complejidad hasta 15 minutos)	\$125
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Visita Inicial (90867)	\$550
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Visita de seguimiento (90868)	\$400
Estimulación Magnética Transcraneal (TMS) Umbral Re-eval (90869)	\$550
No show o cancelación tardía	\$50
Cheque Devuelto	\$35
Tarde copago Tasa/acuerdo de pago roto	\$5
Por debajo de los \$100 a más de 30 días de vencimiento Saldo POR MES	\$5
Más de \$100 más de 30 días de vencimiento Saldo POR MES	\$10
Recarga Principios/Script Rewrite (Ver Política)	\$10

Todas las preguntas o las cuestiones que deberían señalarse a la atención del personal de la oficina o al médico para su revisión o corrección. Stephen Streitfeld MD tiene la determinación final y la autoridad sobre todas las cuestiones de facturación.

Al firmar a continuación, lo reconozco, he leído y estoy de acuerdo con todas las políticas financieras y acuerdos de pago para MindSource Centro y Stephen Streitfeld MD.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Recarga Principios/Script Rewrite Política**

Debido a la alta demanda, tras 1 marzo , 2014, habrá un \$ **10 CARGO** por cualquiera de las siguientes:

- 1) Su receta para el medicamento.
- 2) La reescritura de una receta parcialmente llenos.
- 3) Llenar una solicitud en mora para una cita (a menos que por escrito en una cita).
- 4) La reescritura para cada receta que no pueden ser transferidas.
- 5) Las recetas de sustancias controladas (ejemplos: anti-ansiedad meds, ADD/ADHD meds) no se sustituyen debido a las reglas de los tipos de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta política, por favor consulte Stephen Streitfeld MARYLAND. El Dr. Streitfeld tiene la decisión final sobre todos los medicamentos recetados.

Reconozco que he leído y entendido esta política.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Departamento

Firma: \_\_\_\_\_