

Registro

PRC Staff only
Appt. date: _____
With _____
Time: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Género: Femenino o Masculino (*Favor de elegir uno*)

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Teléfono Principal : _____ Teléfono Alternativo: _____

¿Desea una llamada recordatoria?: Sí o No

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Estado Marital: _____ Idioma Principal: _____

Raza: _____

Tiene usted correo electrónico? Sí o No

Por favor escríbalo aquí: _____

Número de dependientes en el hogar: _____

Trabaja actualmente? Sí o No

Nombre de lugar de trabajo: _____

¿Tiene usted otro ingreso? Sí o No

Si lo tienes que tipo de ingreso: _____

Referido por: _____

Firma del cliente o tutor: _____ Fecha: _____



Información del Médico de Atención Primaria

Nombre del médico: _____

Nombre de la práctica: _____

Dirección de práctica: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Estado: _____

Número de teléfono de la práctica: _____

Número de fax de práctica: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



Consentimientos Generales del Niño (a)/ AOB

Yo tengo la custodia legal de este niño (a).

Si No

Consentimiento del Paciente

- ◆ Doy permiso a Peace River Center para que se comunique con el médico de atención primaria de mi hijo (a) y conmigo con el fin de recibir atención de seguimiento. Me han informado de la importancia de estos contactos como formas de mejorar la continuidad de la atención. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.
- ◆ Notificaré a Peace River Center si se cambia la dirección, el número de teléfono o la dirección de correo electrónico de mi hijo (a).

Doy permiso a que a mi hijo (a) _____ reciba servicios de Peace River Center.
(Nombre del cliente)

- ◆ Doy mi consentimiento para que Peace River Center a suministrar estos servicios a mi hijo (a).
- ◆ Yo entiendo que es mi deber informarle a mi terapeuta de cabecera cuando estoy recibiendo otros servicios de salud mental, ya sea con Peace River Center u otro practica fuera de Peace River Center.
- ◆ Yo entiendo que ahora o en el futuro, en caso que yo tenga un familiar trabajando para Peace River Center, que es fuertemente recomendado recibir servicios de otro proveedor. Sin embargo, puedo solicitar y recibir servicios en Peace River Center con el entendimiento de que mi caso no recibirá privilegios especiales y será manejado siguiendo las políticas y procedimientos regulares.
- ◆ Doy mi consentimiento para que me tomen una foto y la guarden en el perfil del paciente de mi hijo (a) del Registro Médico Electrónico del Centro Peace River.
- ◆ Doy mi consentimiento para ser contactado por los siguientes métodos: teléfono, correo electrónico y mensaje de texto.

Mi método preferido de comunicación es: Teléfono Correo Electrónico Texto

- ◆ Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto y correos electrónicos de Peace River Center para la atención médica protegida de mi hijo y otros servicios en la información de contacto proporcionada, incluido mi número de teléfono móvil. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede cobrarme por dichas llamadas y que dichas llamadas pueden ser generadas por un sistema automatizado.

Reconozco que he leído los consentimientos de mi hijo (a) como paciente de Peace River Center y los entiendo Sí No

Reconocimiento de HIPAA

Reconozco que se me proporcionó una copia del 'Aviso de prácticas de privacidad' de Peace River Center para cumplir con los requisitos de HIPAA bajo 45 CFR 164.520 (c) (2) (I), y que he leído (o tuve la oportunidad de leerlo, si así lo deseo) y entiendo el 'Aviso de prácticas de privacidad' y estoy de acuerdo con sus términos. Sí No

Derechos y privilegios del paciente



Como paciente de Peace River Center, tengo los siguientes derechos:

1. El derecho al respeto y la dignidad en todo momento.
 2. El derecho a recibir un trato de calidad.
 3. El derecho al acceso imparcial al tratamiento, independientemente de su raza, sexo, discapacidad, edad u origen étnico.
 4. El derecho a recibir un trato individualizado, dentro del ambiente menos restrictivo. El tratamiento incluirá un plan de tratamiento individualizado que se revisará al menos cada seis meses.
 5. El derecho a recibir el personal clínico profesional calificado, competente y con experiencia para implementar y supervisar mi plan de tratamiento.
 6. El derecho a presentar una queja si creo que mi terapeuta no está actuando en mi beneficio.
 7. El derecho a ser informado por el médico o consejero de mi hijo (a) sobre cualquier procedimiento para detenerlo/a involuntariamente.
 8. El derecho de tener acceso a mi historia clínica.
 9. El derecho a estar libre de negligencia, explotación, abuso verbal, mental, físico y sexual mientras reciba atención, tratamiento o servicios.
 10. El derecho a la estricta confidencialidad de toda la información sobre mí, excepto bajo las siguientes excepciones:
 - A. Donde haya una amenaza o daño para usted o para otra persona.
 - B. Donde existan sospechas o conocimiento de abuso, ya sea infantil, anciano, discapacitado, etc.
 - C. Donde haya una orden judicial de información.
 - D. Donde haya una emergencia médica.
- ◆ Entiendo que estas excepciones son requeridas por ley.
 - ◆ Por la presente reconozco que he leído los derechos y privilegios de mi hijo (a) como paciente de Peace River Center y los comprendo completamente.
 - ◆ Entiendo que tengo derecho a informar cualquier violación de los derechos de paciente de mi hijo (a) al número gratuito de "Registro de abuso" al **1 (800) 96-ABUSE**.

Entiendo los derechos y privilegios de mi hijo (a).

Sí No

Citas perdidas

Todas las citas deben ser canceladas al menos 24 horas antes de la fecha y hora de su cita. Si no cancela su cita, puedes ser un cliente sin cita previa.

Servicios facturables

Todos los servicios son facturables. Es posible que el personal de registro no sepa que todos los servicios ofrecidos el día de la cita de su hijo (a) hasta que la clínica o el médico complete los formularios necesarios y las facturas por los servicios. Estos servicios aparecerán en su estado de cuenta mensual y vencen al recibirlos.

Acuerdo Financiero

En consideración a los servicios que se le dará al Cliente, me comprometo individualmente a pagar la cuenta del Cliente a las tarifas indicadas en la lista de precios de Peace River Center (conocida como "Charge Master") a partir de la fecha en que se procesa el cargo por el servicio, siempre, cuyas tarifas se incorporen expresamente por la presente como referencia como el término de precio del acuerdo para pagar la cuenta del Cliente. Algunos artículos especiales tendrán un precio por separado si no hay un precio listado en el Charge Master o si el cargo aparece como cero. Se me proporcionará una

CC-200 Attachment A



estimación de los cargos anticipados por los servicios a mi solicitud de Peace River Center. Las estimaciones pueden variar significativamente de los cargos finales según una variedad de factores, que incluyen, entre otros, el curso del tratamiento, la intensidad de la atención, las prácticas del médico y la necesidad de proporcionar bienes y servicios adicionales.

Si se me proporcionan suministros y servicios y tengo cobertura a través de un programa gubernamental y/ o ciertos planes de seguro médico privados, Peace River Center puede aceptar un pago con descuento por esos suministros y servicios. En este caso, cualquier pago que se me requiera será determinado por los términos de mi programa gubernamental y/ o plan de seguro médico privado. Si no estoy asegurado y no estoy cubierto por un programa gubernamental, puedo ser elegible para que mi cuenta sea descontada o perdonada bajo la política de cobro de pago por cuenta propia de Peace River Center vigente al momento del tratamiento. Puedo solicitar información sobre esta política de Peace River Center.

Como cortesía para mí, Peace River Center puede facturar a la compañía de seguros de mi hijo (a), sin embargo, no está obligado a hacerlo. Independientemente, acepto que, excepto donde lo prohíba la ley, la responsabilidad financiera por los servicios prestados me pertenece a mí, el abajo firmante. Acepto pagar cualquier servicio que no esté cubierto por la compañía de seguros de mi hijo (a). Esto incluye, entre otros, coaseguro, deducibles, beneficios no cubiertos debido a los límites de la póliza o las exclusiones de la póliza, así como el incumplimiento de los requisitos de mi plan de seguro. Entiendo el derecho de Peace River Center a revisar los archivos de mi oficina de crédito en busca de información financiera con el fin de cobrar deudas impagas. También estoy de acuerdo en que si Peace River Center debe iniciar un esfuerzo de cobranza para recuperar las deudas que tengo, entonces, además de los montos incurridos por los servicios prestados, pagaré los costos incurridos por Peace River Center en la búsqueda de la cobranza, incluidos, entre otros, a, honorarios razonables de abogados y cualquier costo judicial u otros costos de litigio incurridos por Peace River Center que las reglas o estatutos aplicables permitan que Peace River Center recupere.

Asignación de beneficios

Al ejecutar esta asignación de beneficios, estoy indicando a la compañía de seguros de salud u otro plan de beneficios de salud que brinde mi cobertura, incluido, entre otros, cualquier empleador, grupo de empleadores o plan patrocinado u ofrecido por un fideicomiso, que pague a Peace River Center directamente por los servicios que Peace River Center brindó al paciente durante esta admisión. A cambio de los servicios brindados y a ser brindados por Peace River Center, por la presente cedo y transfiero irrevocablemente a Peace River Center todos los derechos, títulos e intereses en todos los beneficios pagaderos por la atención médica brindada, que se proporcionan en todas y cada una de las pólizas de seguro y planes de beneficios de salud a los que tengo derecho a recibir servicios o a recuperar. Entiendo que cualquier pago recibido de estas pólizas y/ o planes se aplicará a la cantidad que he acordado pagar por los servicios prestados durante esta admisión, como se describe con más detalle en la sección Acuerdo Financiero. Esta asignación tendrá el propósito de otorgar a Peace River Center y el derecho independiente de recuperación contra mi aseguradora o plan de beneficios de salud, pero no se interpretará como una obligación de Peace River Center de perseguir tal derecho de recuperación. En ningún caso, Peace River Center retendrá beneficios que excedan el monto adeudado a Peace River Center por la atención y el tratamiento brindado durante la admisión. Si un tercer pagador, como una compañía de seguros, un grupo de empleadores, un plan patrocinado por un fideicomiso o un plan ofrecido puede estar obligado a pagar algunos o todos estos cargos, acepto tomar todas las medidas necesarias para ayudar a Peace River Center a cobrar el pago de cualquier dicho tercer pagador. Por la presente designo a Peace River Center como mi representante autorizado para perseguir, si así lo desea, todos los recursos administrativos, reclamos y / o demandas a mi nombre y a elección de Peace River Center, contra cualquier tercer responsable, asegurador médico o médico patrocinado por el empleador. plan de beneficios con el propósito de cobrar todos y cada uno de los beneficios de Peace River Center adeudados por el pago de los cargadores



mencionados en la sección del acuerdo financiero. Si Peace River Center opta por presentar un reclamo o una demanda contra un tercer pagador como representante autorizado, acepto ejecutar un poder especial, si se solicita, autorizando a Peace River Center a tomar todas las acciones necesarias o apropiadas en pos de dicho reclamo. o demanda, incluyendo permitirle a Peace River Center entablar una demanda contra el tercer pagador en mi nombre. Acepto pagar a Peace River Center inmediatamente todas las sumas recuperadas en cualquier reclamo o demanda presentada en mi nombre por Peace River Center, hasta el monto total de los cargos, incluidos los gastos y los honorarios de los abogados.

He leído y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta asignación de beneficios

Si No

El cliente está participando en el proyecto fundado por SAMHSA? Sí No

Si no, por favor de ignorar esta sección

Al firmar este consentimiento de tratamiento, yo consiento a participar en los servicios de intervención fundados por SAMSHA para asistir en mi involucramiento y retención de servicios de salud mental. Este programa es fundado por una subvención con la Administración de Servicios de Abuso de Substancias y Salud Mental, en cual, información es coleccionada como parte del programa. Yo consiento a que esta información se coleccionada y que sea proporcionada a la Administración de Servicios de Abuso de Substancias y Salud Mental para el propósito de dar seguimiento a la subvención y recopilación de resultados.

Yo he firma este documento libremente y sin ningún cargo adicional que el de los servicios recibidos por PRC. Sí No

*****Cliente debe firmar a continuación para que este documento tenga valides*****

Identificación del Cliente (para el personal de PRC): _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre del Pariente/ o tutor legal: _____

Firma del Pariente/ o tutor legal: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____



Autorización de Portal del Menor

Está solicitando acceso a partes de su información médica, así como la capacidad de comunicarse con sus proveedores de Peace River Center con respecto a su información médica mediante el uso de una aplicación electrónica basada en Internet llamada Portal del Cliente Creíble. Para obtener acceso al Portal de Clientes Creíbles, debe reconocer que ha leído estos Términos y condiciones y los considera aceptables. Peace River Center se reserva el derecho de realizar cambios a estos Términos y Condiciones en cualquier momento sin notificarle ni obtener su consentimiento. Cualquier cambio en los Términos y Condiciones se publicará en la plataforma de web de Peace River Center.

Nos comunicaremos con usted por correo electrónico y/ o mensajes por esta plataforma. Usted acepta que todos los acuerdos, avisos, divulgaciones y otras comunicaciones que le proporcionamos electrónicamente satisfacen los requisitos legales de que dichas comunicaciones se realicen por escrito. El Portal del cliente está destinado a ahorrarle tiempo y facilitar las comunicaciones entre usted y su (s) proveedor (es). No se permite ningún tipo de diagnóstico o consejo de salud mental y nunca debe usarse en una situación de emergencia. Puede comunicarse con la línea de citas por teléfono en cualquier momento.

Privacidad

La privacidad de su información médica es extremadamente importante para nosotros. Peace River Center usará y compartirá su información médica para brindarle servicios de atención médica. Peace River Center mantendrá su información médica en estricta confidencialidad y no la divulgará a ningún tercer partido no afiliado a menos que usted autorice a esa persona a recibir su información médica o la ley permita que se comparta. Revise el Aviso de prácticas de privacidad de Peace River Center para obtener una explicación de cómo, cuándo y por qué usamos y compartimos su información médica. Todos los mensajes electrónicos enviados y recibidos dentro del Portal del Cliente Creíble que contienen información médica están sujetos a todas las leyes estatales y federales que rigen la seguridad y confidencialidad de los registros médicos.

Uso / Acceso

El Portal de Clientes Creíbles nunca debe usarse para asuntos urgentes. Para todos los asuntos médicos urgentes, comuníquese con el consultorio de su proveedor por teléfono y/ o vaya al departamento de emergencias de un hospital local o marque el 911.

Toda la información en el Portal de Clientes Creíbles se proporciona "tal cual", sin garantía de ningún tipo, y está destinada a ser utilizada únicamente para respaldar su relación con su proveedor. Su confianza en la información proporcionada en el Portal de Clientes Creíbles no reemplaza la atención médica adecuada. Es posible que la información que se muestra en el Portal de Clientes Creíbles no sea el registro médico completo. Por lo tanto, debe comunicarse directamente con PRC para obtener copias oficiales y completas de su registro médico, o con respecto a las discrepancias con la información médica que figura en su registro.

Es posible que el Portal de Clientes Creíbles no esté disponible para usted en todo momento debido a fallas del sistema, procedimientos, mantenimiento u otras causas fuera del control de Peace River Center. El acceso se proporciona tal cual, según esté disponible, y PRC no garantiza que podrá acceder al Portal de Clientes Creíbles en un momento determinado.



Peace River Center hará todo lo posible para brindar una respuesta oportuna a sus mensajes electrónicos. En algunas situaciones, es posible que el personal que debe responder a un mensaje no esté disponible de inmediato.

Es posible que sus mensajes electrónicos se compartan con el miembro del personal de Peace River Center que ayuda a su proveedor a brindarle servicios. Sus mensajes solo estarán disponibles para los profesionales designados. Si su proveedor está fuera de la oficina o no está disponible, los mensajes enviados dentro del Portal del Cliente Creíble pueden ser enviados a otros cuidadores apropiados y autorizados dentro de Peace River Center para facilitar una respuesta oportuna a su solicitud.

Uso inapropiado/ Terminación

El acceso al Portal del Cliente Creíble se otorga con el propósito de promover su atención médica. El uso del Portal de Clientes Creíbles no relacionado con este propósito puede resultar en la suspensión o terminación de los privilegios de acceso. El uso indebido incluye, pero no se limita a, el uso de lenguaje inapropiado, amenazante o abusivo, solicitar horarios de citas que se cancelan con frecuencia y cualquier otro uso que Peace River Center determine a su entera discreción que constituye una interrupción de las operaciones de Peace River Center. Peace River Center se reserva el derecho, a su sola discreción, de cancelar el acceso de un usuario a todo o parte de la plataforma de web del Portal de Clientes Creíbles, con o sin previo aviso.

Identificación y Contraseña Creíbles del Portal del Cliente

Se le proporcionará un código de acceso cuando se inscriba inicialmente en el Portal de Clientes Creíbles. El nombre de usuario y la contraseña que elija se utilizarán para acceder a su información de salud en el Portal de Clientes Creíbles y son códigos únicos que lo identifican en el sistema del Portal de Clientes Creíbles. Todas las consultas y entradas que realice en el Portal de Clientes Creíbles se registrarán con su identidad y pueden formar parte de su registro médico oficial. Por lo tanto, es extremadamente importante que mantenga su nombre de usuario y contraseña completamente confidencial. Cualquiera que tenga acceso a su nombre de usuario y contraseña podrá acceder a su información de salud, así como leer sus mensajes y enviar mensajes nuevos como si fuera usted. Es su responsabilidad evitar la divulgación de su nombre de usuario y contraseña, y cambiar su contraseña si cree que la seguridad de su contraseña se ha visto comprometida. Puede cambiar su contraseña en cualquier momento comunicándose con el Departamento de Servicios de Información de Salud/ Departamento de Registros Médicos.

Verificación de Identidad

Su inscripción en el Portal de Clientes Creíbles depende de la verificación de su identidad por parte de un empleado de Peace River Center. Puede acceder al Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center a través de nuestra plataforma de web en: www.peacerivercenter.org.

Comunicaciones Seguras

Toda la comunicación entre usted y sus proveedores de Peace River Center ocurre a través de una conexión segura. Sin embargo, si elige recibir mensajes de correo electrónico de Internet que le notifiquen que hay nueva información disponible en su cuenta del Portal de clientes creíbles, tenga en



cuenta lo siguiente. Aunque estos mensajes de correo electrónico no contendrán su información médica, la notificación de que hay nueva información médica disponible al acceder al Portal de Clientes Creíbles puede ser información que no desea que otros conozcan. Por lo tanto, debe tener esto en cuenta cuando proporcione a PRC su dirección de correo electrónico. Se accede a toda la información de salud disponible para usted dentro de su cuenta del Portal de Cliente Creíbles y está protegida y mantenida de forma segura por Peace River Center. Aunque el Portal de Clientes Creíbles está configurado para ser seguro contra el acceso no autorizado, Peace River Center no es responsable de:

- Seguridad absoluta de todas las transmisiones de comunicaciones electrónicas entre el Cliente y PRC.
- Divulgación no autorizada a resultado de que un usuario no se desconecte de una sesión activa.
- Divulgación no autorizada como resultado de la pérdida, el robo o el uso compartido de un nombre de inicio de sesión y/ o contraseña.
- Divulgación no autorizada que resulte por impresión de información desde el Portal del Cliente Creíble por el usuario.
- Divulgación no autorizada a causa de la configuración de la computadora personal o productos de software instalados que pueden comprometer la seguridad de la información.
- Eventos similares más allá del control sustancial de Peace River Center.

Nuestro personal nunca le pedirá su contraseña en una llamada telefónica no solicitada o en un correo electrónico no solicitado. Recuerde cerrar sesión en su cuenta y cerrar la ventana de su navegador cuando haya terminado su sesión para asegurarse de que otros no puedan acceder a su información personal.

Si no recibe notificaciones por correo electrónico de que tiene un mensaje en el Portal del cliente, verifique la configuración de su cuenta de correo electrónico. El software de bloqueo de correo no deseado puede estar bloqueando correos electrónicos legítimos desde el Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center. Para recibir correos electrónicos, agregue www.credibleportal.com a su lista de contactos, lista de direcciones y/ o lista de "No bloquear".

Para facilitar el uso y mantener la seguridad de su información de salud personal, se deben seguir las siguientes pautas:

- Infórmenos de cualquier cambio en su dirección de correo electrónico de contacto principal.
- Tenga cuidado al comunicar información altamente confidencial o personal a través del Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center.
- Siempre haga un seguimiento con la línea de citas si no se responde a una consulta/ mensaje a través del Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center dentro de los tres días laborables.
- No almacene mensajes en ningún dispositivo o computadora que no sea de su propiedad.
- Nunca use el Portal del cliente para necesidad de emergencias.

Derechos de Propiedad

El contenido y los materiales disponibles en la plataforma de web del Portal de Clientes Creíbles están protegidos por derechos de autor, marcas comerciales, patentes, secretos comerciales u otros derechos y leyes de propiedad. Puede descargar, usar y copiar materiales de la plataforma de web del



Portal de Clientes Creíbles para su uso personal y no comercial únicamente, siempre que todas las copias incluyan nuestra información de derechos de autor y logotipo, y la información no se altere de ninguna manera. Los materiales no se pueden copiar y redistribuir sin el permiso expreso por escrito de Peace River Center. Excepto por lo autorizado en este párrafo, no se le otorga una licencia bajo ningún derecho de autor, marca registrada, patente u otro derecho de propiedad intelectual sobre el material o los productos, servicios, procesos o tecnología descritos en esta plataforma de web. Todos esos derechos son retenidos por Peace River Center, sus afiliados y subsidiarias, y/ o cualquier propietario tercero de dichos derechos. No puede crear enlaces enmarcados a la plataforma de web de Portal de Cliente Creíbles sin el permiso expreso por escrito de Peace River Center.

Renuncia de Garantías y Limitación de Responsabilidad

Peace River Center no se responsabiliza ni garantiza la idoneidad de los materiales de la plataforma de web del Portal de Clientes Creíbles para ningún propósito. Los materiales en la plataforma de web del Portal de Clientes Creíbles se proporcionan, ***sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita, incluidas, entre otras, las garantías implícitas de comerciabilidad, idoneidad para un propósito particular o no infringido.*** Peace River Center no garantiza la precisión o integridad de la información, texto, gráficos, enlaces y otros elementos contenidos en estos materiales. ***En ningún caso Peace River Center será responsable de ningún daño, incluidos daños especiales, indirectos, consecuentes, incidentales, o daños por pérdida de ganancias, ingresos, uso o datos, ya sea por contrato o agravio, que surjan de o estén relacionados con la plataforma de web de Peace River Center o el uso, dependencia o rendimiento de cualquier material contenido en o al que se accede desde la plataforma de web de Peace River Center.***

Peace River Center puede realizar cambios en estos materiales, o en los productos y servicios descritos en estos materiales, en cualquier momento sin previo aviso. Peace River Center no se responsabiliza ni se compromete a actualizar la información aquí contenida. Su único y exclusivo remedio en caso de insatisfacción con el Portal del cliente creíble es dejar de usar el Portal del cliente.

Uso de la información proporcionada a través de Internet

No envíe a Peace River Center ninguna información de propiedad (es decir, derechos de autor, patentes). Cualquier información proporcionada puede ser reproducida, utilizada y distribuida por Peace River Center para cualquier propósito sin restricciones.

Endosos / Otros sitios

Algunas de las marcas de productos y servicios contenidas en este documento no son marcas de Peace River Center y son marcas de sus respectivos propietarios. Las referencias que Peace River Center pueda hacer a cualquier nombre, marca, producto o servicio de tercer partido o enlaces de hipertexto a sitios o información de tercer partido no necesariamente constituyen ni implican respaldo, patrocinio o recomendación del tercer partido, información, producto o servicio.

Cumplimiento legal

Los usuarios tienen prohibido publicar o transmitir cualquier material ilegal, amenazante, calumnioso, difamatorio, obsceno, escandaloso, inflamatorio, pornográfico o profano en la plataforma



de web del Portal del Cliente Creíble. Si algo que un usuario publicó o transmitió da como resultado o fomenta una conducta que se considera un delito, responsabilidad civil o que infringe cualquier ley, el propietario de la plataforma de web cooperará plenamente con las autoridades policiales o con una orden judicial que solicite u ordene al propietario de la plataforma de web que revele la identidad de cualquier persona que publique dicha información o materiales.

Elección de ley y foro

Los términos y condiciones establecidos anteriormente se registrarán e interpretarán de acuerdo con las leyes del estado de la Florida. Todos los usuarios aceptan expresamente que la jurisdicción exclusiva de cualquier reclamo o acción que surja de o se relacione con estos términos y condiciones o cualquier uso de esta plataforma de web se presentará solo en los tribunales estatales o federales ubicados en el estado de la Florida. Además, todos los usuarios aceptan y se someten al ejercicio de la jurisdicción personal de dichos tribunales con el fin de litigar cualquier reclamo o acción.

Divisibilidad e Integración

A menos que se especifique lo contrario en el presente, los términos y condiciones establecidos anteriormente constituyen el acuerdo completo entre el usuario y Peace River Center con respecto a esta plataforma de web y reemplaza todas las comunicaciones y propuestas anteriores o contemporáneas, ya sean orales, escritas o electrónicas, entre el usuario y Peace River Center con respecto a esta plataforma de web. Si alguna parte de los términos y condiciones se considera inválida o inaplicable, esa parte se interpretará de manera consistente con la ley aplicable para reflejar, en la medida de lo posible, las intenciones originales de las partes, y las partes restantes permanecerán en pleno vigor y efecto.

Autorización de Usuario Alternativa

Si desea que un miembro de la familia u otro tipo de usuario tenga acceso a sus registros médicos electrónicos mediante el Portal de clientes creíbles, comuníquese con el Departamento de Servicios de Información de Salud/ Registros Médicos para completar el formulario de Autorización de Usuario Alternativo.

Clientes Menores

Las regulaciones de la Florida permiten el acceso de los padres biológicos o tutores legales a la información de salud de un niño (a). Se requiere un formulario de autorización por separado para cada padre o tutor. Si desea acceder a la información del registro médico electrónico de su niño (a) o al registro médico electrónico de un menor de quien usted es el tutor legal, complete el Formulario de Autorización de Menores. Se le pedirá que certifique que es el padre o tutor legal del niño (a) mencionado. Entiendo que este acceso electrónico terminará cuando mi niño (a)/ o cliente cumpla 18 años.

Autorización del Cliente

Entiendo que al firmar este formulario solicito acceso a mi historia clínica electrónica. Acepto los términos y condiciones del Portal de Clientes Creíbles que se han compartido conmigo. Entiendo que



este acceso estará en efecto hasta el momento en que notifique a Peace River Center mediante una carta escrita, a la dirección que se proporciona a continuación, para cancelar el acceso. El acceso al Portal de Clientes Creíbles se puede cancelar en cualquier momento.

Acepto que soy responsable de la seguridad y privacidad de mi nombre de usuario y contraseña, así como de la información que obtengo, copio o imprimo del Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center. Entiendo que la información que se me proporciona ya no está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Requisitos para Acceder a los Registros de un Niño (a)

- Las personas que solicitan acceso deben tener derechos de custodia legal o de los padres (se requerirá documentación legal).
- Se debe completar el Acuerdo de autorización de menores, que se incluye a continuación. Dos padres o tutores pueden solicitar acceso en una solicitud, pero se requiere una solicitud por separado para cada niño (a). Se requiere la firma de cada padre/ o tutor que figura en la solicitud, a menos que ambos padres/ o tutores vivan en la misma dirección.
- Cada padre/o tutor que solicite acceso debe establecer su propio inicio de sesión en el Portal de cliente creíble para poder acceder al registro del niño (a).
- Por la presente reconozco que el Portal de Clientes Creíbles no se debe utilizar en caso de emergencia.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones de la plataforma de web del Portal de clientes creíbles.

Procedimientos para padres/o tutores que acceden a los registros de un niño (a)

- Una vez que se complete el formulario de autorización, el acceso de los padres/ o tutores al registro del niño (a) se establecerá dentro de dos días laborables.

El acceso de los padres/ o tutores a los registros de un niño (a) se revocará cuando:

- El padre/ o tutor envía una solicitud para que el niño (a) revoque el acceso en línea.
- El niño (a) cumple 18 años.
- El niño (a) informa a la Administración de Información de Salud sobre su estado emancipado.
- Las disputas entre los padres/o padres contra hijos (as) no se pueden resolver.
- Peace River Center se reserva el derecho de revocar el acceso del Portal del Cliente Creíble en cualquier momento y por cualquier motivo.

Imprima la primera información del padre/o tutor

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación:** _____

Dirección Postal: _____

Número de teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____



Imprima la información del segundo padre/ o tutor, si corresponde

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Relación:** _____

Dirección Postal: _____

Número de teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

He leído y entiendo los requisitos y procedimientos para acceder a la información del expediente médico de mi hijo (a) en línea como se indica en la página uno de este documento. Certifico que soy el padre o tutor legal del niño (a) que se indica a continuación y que toda la información proporcionada es correcta. A caso de no ser el padre o la madre biológico (a) del niño (a) pero he sido otorgada el ser el tutor legal, he proporcionado la documentación requerida. Por lo presente solicito acceso al expediente médico electrónico de mi hijo (a). Entiendo que este acceso electrónico terminará cuando mi hijo (a) cumpla 18 años.

Entiendo que este acceso estará vigente hasta el momento en que notifique a Peace River Center mediante una carta escrita a la siguiente dirección, **P.O. Box 1559, Bartow, Florida 33831**, para cancelar el acceso. El acceso al Portal de Clientes Creíbles se puede cancelar en cualquier momento.

Acepto que soy responsable de la seguridad y privacidad de mi nombre de usuario y contraseña, así como de la información que obtengo, copio o imprimo del Portal de Clientes Creíbles de Peace River Center. Entiendo que la información que se me proporciona ya no está protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Pariente/ o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del Pariente/ o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Correo Electrónico del Pariente/ o tutor legal: _____

Fecha: _____

Para el Personal de Peace River Center Solamente

Client ID: _____ **Verificado por:** _____

Date: _____

P.O. Box 1559, Bartow, FL 33831-1559 phone 863.519.0575 fax 863.519.0728
Accredited by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Serving Polk, Hardee and Highlands Counties since 1948



Favor de traer la siguiente información a su cita

1. Prueba de residencia (licencia de conducir o identificación con foto, factura, contrato de alquiler)
2. Prueba de ingresos
3. Tarjetas de seguro
4. Tarjeta de Seguro Social
5. Autorización si es requerida

*****Si el cliente es menor de edad, debe estar acompañado por el **GUARDIÁN LEGAL** *****

Favor de llamar si no puede asistir a la cita programada. Si usted necesita una intervención inmediata, llame a la **LÍNEA DE CRISIS: 863-519-3744**.

Comprobante de ingresos aceptados:

1. Declaración de Impuestos
2. Prueba de denegación de Medicaid
3. Declaración de ganancias (consulte la información de la oficina a continuación)
4. Recibos de pago (2)
5. Declaración de desempleo
6. Carta de cupones de alimentos

Entiendo que debo traer la información anterior para la cita de admisión.
Entiendo que si no facilito esta información es posible que no me den cita en éste departamento médico.

*Puede solicitar declaración de ingresos a la oficinas de Seguro Social:

Oficina del Seguro Social
550 Commerce Dr
Lakeland FL 33813
1-800-772-1213



Prueba de Ingreso

¿El cliente proporcionó prueba de ingresos? Sí (Por favor adjunte) No

¿Dijo el Cliente que proporcionará PDI en la próxima cita? Sí No

Si no, por favor explique la razón: _____

¿El cliente proporcionó prueba de domicilio? Sí (Por favor adjunte) No

¿Dijo el cliente que proporcionará un comprobante de domicilio en la próxima cita? Sí (Por favor adjunte) No

Si no, por favor explique la razón: _____

¿El cliente proporcionó información verbal sobre sus ingresos? Sí (Por favor adjunte) No

Si no, por favor explique la razón: _____

Al firmar a continuación, está verificando que la información proporcionada es precisa según su entendimiento. Si no proporcionó Comprobante de ingresos y/o Comprobante de domicilio, es su responsabilidad llevarlo consigo a su próxima cita programada.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal de la PRC: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente#: _____



Cero Ingreso

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID del Cliente: _____

Escoja uno:

- El cliente no tiene comprobante de ingresos.
- Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y mientras que activamente busco empleo, no hay una oferta de trabajo definitiva en este momento.
- Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y en el momento no buscaré empleo.

Información del Hogar: Agregue información sobre todos los miembros que residen en su hogar.

Nombre	Relación al Cliente	Fecha de Nacimiento	Ingresos
	Yo		

Las siguientes fuentes de fondos pagan las necesidades básicas del Cliente, que incluyen: alimentos, vivienda, ropa, transporte y atención médica. (Indique los nombres y números de teléfono de persona/organización que proporciona necesidades básicas).

Certifico que la informacion proveido en esta forma es exacto y sincero.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____



Denegación de directiva avanzada de salud mental

Esta directiva avanzada fue revisada conmigo y he optado por denegar una directiva avanzada.

Nombre del cliente: _____ ID del cliente: _____

Firma del cliente/ pariente/ o tutor legal: _____ Fecha: _____

Esta denegación de la Directiva avanzada fue firmada en nuestra presencia. A petición suya, hemos firmado nuestros nombres a continuación como testigos. Declaramos que, en este momento y fecha, esta Denegación de Directiva Avanzada fue firmada en;

_____, este día _____ de _____ del _____
(Estado y Condado) (Día) (Mes) (Año)

Firmas de testigos

Testigo uno:

Nombre completo: _____ Firma: _____

Testigo dos:

Nombre completo: _____ Firma: _____

Planificación de atención avanzada: directivas de atención médica

La planificación de la atención avanzada no se trata solo de la vejez. A cualquier edad, una crisis médica podría dejarlo demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones de atención médica. Incluso si no está enfermo ahora, planificar la atención médica en el futuro es un paso importante para asegurarse de obtener la atención médica que desea, si no puede hablar por sí mismo y los médicos y familiares toman las decisiones por usted.

Muchos estadounidenses enfrentan preguntas sobre el tratamiento médico, pero es posible que no sean capaces de tomar estas decisiones, por ejemplo, en una emergencia o al final de la vida. En este artículo se explicarán los tipos de decisiones que es posible que deban tomarse en tales casos y las preguntas en las que puede pensar ahora para estar preparado más adelante. Puede ayudarlo a pensar en quién le gustaría que tomara decisiones por usted si no pudiera tomarlas usted mismo. También discutirá las formas en que puede compartir sus deseos con los demás. Saber quién quiere que tome decisiones en su nombre y cómo decidiría usted podría aliviar parte de la carga de familiares y amigos.

Autorización para Divulgación o Intercambio de Información Confidencial

Paciente/Cliente _____

Registro Clínico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Mi firma en este formulario autoriza a Peace River Center a intercambiar información, como se indica a continuación, con respecto a mis contactos/ tratamientos de acuerdo con los Estatutos de Florida y las Normas y Reglamentos Administrativos Federales hacia/ desde:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono/ Fax: _____

También autorizo a las siguientes entidades como lo indica la marca de verificación:

- Administración del Seguro Social 550 Commerce Drive, Lakeland, Fl.33813, 800-325-0778
- Salud Regional de Lakeland 1324 Lakeland Hills Blvd., Lakeland, Fl. 33805, 863-687-1100
- Departamento de Niños y Familias 4720 Old Highway 37, Lakeland, Fl. 33815, 863-534-7100
- Lakeside Pediatrics 2929 Lakeland Hills Blvd., Lakeland, Fl. 33805, 863-688-3550

Propósito de la divulgación: Legal Discapacidad Continuidad de la atención Para mi persona Otro: _____

La información se puede recibir de la siguiente manera:

- Psiquiátrica/ Psicológica Abuso de sustancias/alcohol Información médica/ hospitalaria
- Resultados de la prueba de VIH/ SIDA Comunicaciones verbales Otro: _____

La información puede divulgarse de la siguiente manera:

- Psiquiátrica/ Psicológica Abuso de sustancias/alcohol Información médica/ hospitalaria
- Resultados de la prueba de VIH/ SIDA Comunicaciones verbales Otro: _____

Costos de reproducción de registros médicos: PRC se reserva el derecho de cobrar un costo razonable por la reproducción de registros, establecido por el Código Administrativo de Florida 64B8-10.003 al firmar este formulario de divulgación de información, entiendo que puedo ser responsable de los costos incurridos.

Aviso de prohibición de nueva divulgación: Esta información se le ha revelado a usted de acuerdo a los registros protegidos por las Reglas Federales que rigen las reglas de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de Florida (394.459, 396.112, 397.053, 381.609, 455.2416, 90.503, 90.242 y 45 CFR Parte 160-164). Las Reglas Federales y los Estatutos Estatales prohíben divulgar esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las reglas anteriores. Peace River Center queda liberado de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la entrega de la información solicitada. Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización o revocarla en una fecha posterior enviando un aviso por escrito a la dirección anterior. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento. El intercambio de información en la que el paciente/cliente está involucrado en el tratamiento con otras agencias/ profesionales es para ayudar a coordinar el tratamiento, esta autorización puede incluir comunicación verbal, escrita y/ o electrónica.

Esta autorización es válida por 5 años a menos que se especifique lo contrario: _____

Responda las siguientes preguntas si el padre/ tutor legal de un menor solicita la divulgación o el intercambio de información solamente:

1. ¿Ha sido emancipada la paciente/ cliente? _____ Sí _____ No
2. ¿Alguna vez el paciente/ cliente ha sido condenado por un delito como adulto? _____ Sí _____ No
3. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, ¿está el paciente/ cliente bajo custodia? o bajo la supervisión del Departamento Correccional del Estado? _____ Sí _____ No
4. ¿Alguna vez se le quitó la custodia legal al paciente? cliente? _____ Sí _____ No

Si la respuesta a alguna pregunta es afirmativa, no la divulgue. Comuníquese con los Servicios de Información de Salud para recibir orientación.

Nombre del Paciente/Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Paciente/Cliente: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/ o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre/o tutor: _____

Relación al cliente: _____



Phone: (863) 519-0575
Fax: (863) 499-2528

Autorización para Divulgación o Intercambio de Información Confidencial

Paciente/Cliente _____

Registro Clínico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____

Mi firma en este formulario autoriza a Peace River Center a intercambiar información, como se indica a continuación, con respecto a mis contactos/ tratamientos de acuerdo con los Estatutos de Florida y las Normas y Reglamentos Administrativos Federales hacia/ desde:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono/ Fax: _____

También autorizo a las siguientes entidades como lo indica la marca de verificación:

- Administración del Seguro Social 550 Commerce Drive, Lakeland, Fl.33813, 800-325-0778
- Salud Regional de Lakeland 1324 Lakeland Hills Blvd., Lakeland, Fl. 33805, 863-687-1100
- Departamento de Niños y Familias 4720 Old Highway 37, Lakeland, Fl. 33815, 863-534-7100
- Lakeside Pediatrics 2929 Lakeland Hills Blvd., Lakeland, Fl. 33805, 863-688-3550

Propósito de la divulgación: Legal Discapacidad Continuidad de la atención Para mi persona Otro: _____

La información se puede recibir de la siguiente manera:

- Psiquiátrica/ Psicológica Abuso de sustancias/alcohol Información médica/ hospitalaria
- Resultados de la prueba de VIH/ SIDA Comunicaciones verbales Otro: _____

La información puede divulgarse de la siguiente manera:

- Psiquiátrica/ Psicológica Abuso de sustancias/alcohol Información médica/ hospitalaria
- Resultados de la prueba de VIH/ SIDA Comunicaciones verbales Otro: _____

Costos de reproducción de registros médicos: PRC se reserva el derecho de cobrar un costo razonable por la reproducción de registros, establecido por el Código Administrativo de Florida 64B8-10.003 al firmar este formulario de divulgación de información, entiendo que puedo ser responsable de los costos incurridos.

Aviso de prohibición de nueva divulgación: Esta información se le ha revelado a usted de acuerdo a los registros protegidos por las Reglas Federales que rigen las reglas de confidencialidad (42 CFR Parte 2) y los Estatutos de Florida (394.459, 396.112, 397.053, 381.609, 455.2416, 90.503, 90.242 y 45 CFR Parte 160-164). Las Reglas Federales y s los Estatutos Estatales prohíben divulgar esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las reglas anteriores. Peace River Center queda liberado de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la entrega de la información solicitada. Entiendo que tengo derecho a rechazar esta autorización o revocarla en una fecha posterior enviando un aviso por escrito a la dirección anterior. Entiendo quo no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento. El intercambio de información en la que el paciente/cliente está involucrado en el tratamiento con otras agencias/ profesionales es para ayudar a coordinar el tratamiento, esta autorización puede incluir comunicación verbal, escrita y/ o electrónica.

Esta autorización es válida por 5 años a menos que se especifique lo contrario: _____

Responda las siguientes preguntas si el padre/ tutor legal de un menor solicita la divulgación o el intercambio de información solamente:

5. ¿Ha sido emancipada la paciente/ cliente? _____ Sí _____ No
6. ¿Alguna vez el paciente/ cliente ha sido condenado por un delito como adulto? _____ Sí _____ No
7. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, ¿está el paciente/ cliente bajo custodia? o bajo la supervisión del Departamento Correccional del Estado? _____ Sí _____ No
8. ¿Alguna vez se le quitó la custodia legal al paciente? cliente? _____ Sí _____ No

Si la respuesta a alguna pregunta es afirmativa, no la divulgue. Comuníquese con los Servicios de Información de Salud para recibir orientación.

Nombre del Paciente/Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Paciente/Cliente: _____

Fecha: _____

Nombre del padre/ o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre/o tutor: _____

Relación al cliente: _____