

**Molina Psychiatric Associates**  
**Teléfono: 817-873-0595 Fax: 817-873-0596**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

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

Apellido                      Nombre                      Inicial                      (Apodo)  
# de SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Genero:  M  F      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad                      Estado                      Correo postal  
Número: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_                      Casa, Celular o Empleador? : \_\_\_\_\_

Número alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_                      Casa, Celular o Empleador? : \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil:     Soltero/a     Casado/a     Divorciado/a     Separado/a     Viudo/a  
Raza:  Blanco     Afroamericano     Hispano     Americano Nativo     Otro: \_\_\_\_\_  
Etnicidad: \_\_\_\_\_

Empleado/a:  Si     No                      Estudiante:  Si     No  
Empleador: \_\_\_\_\_                      Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Te Podemos recordar de tus citas por teléfono?    Número primario:  Si     No    Trabajo:  Si     No

**Información adicional**

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_                      Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Fuente de referencia: \_\_\_\_\_                      Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_                      Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_                      Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_                      Dirección: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_                      Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_                      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido                      Nombre

Trabajo de Esposo/a: \_\_\_\_\_

Número de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ # de SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿El/La paciente es menor de edad (18)?  Si  No

**SI ES, EL PADRE/GUARDIAN TIENE QUE LLENAR ESTO**  
**SI NO ES, POR FAVOR DE PARAR AQUI Y FIRMAR ABAJO**

Nombre de padre/guardián: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ # de SS : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Numero primario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Padre/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*\*\*\*

***Información sobre su farmacia***

Para su conveniencia preferimos tener una farmacia:

Nombre de farmacia local: \_\_\_\_\_  
Tel. de farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de farmacia local: \_\_\_\_\_  
Tel. de farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de farmacia de servicios por correo (si aplicable):  
\_\_\_\_\_

Molina Psychiatric Associates participa en el programa ePrescribe cual nos permite mandar sus recetas por correo electrónico. El programa nos permite checar su formulario y beneficios, estado de sus recetas e historial de recetas.

Entendiendo todo lo indicado arriba, Yo por este medio doy permiso a Molina Psychiatric Associates para inscribirme en el programa ePrescribe.

**Firma de Padre o Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA

### **Aseguranza Primaria**

Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_

# de ID: \_\_\_\_\_

Nombre de Grupo /#: \_\_\_\_\_

# de Póliza: \_\_\_\_\_

Tel. de Aseguranza: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Aseguranza Secundaria (si aplicable)**

Nombre del Asegurador: \_\_\_\_\_

# de ID: \_\_\_\_\_

Nombre de Grupo/#: \_\_\_\_\_

#de Póliza: \_\_\_\_\_

Tel. de Aseguranza : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### Información de Beneficio (Si no es el paciente):

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de SS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

#### Información del Beneficio (Si no es el paciente):

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# de SS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

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

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### **ASESORAMIENTO DE BENEFICIOS Y REVELACIONES**

Yo certifico que Yo, y/o mi dependiente/s tienen la cobertura de aseguranza(s) que están listadas arriba y asigno a Molina Psychiatric Associates, PA, todos los benéficos de mi aseguranza, si de alguna manera la aseguranza no cubre los gastos yo pagare por el tratamiento realizado. Yo comprendo que Yo soy financieramente responsable por todos los gastos, ya sea pagado por la aseguranza(s) o no. Yo autorizo que mi firma sea usada en todas las sumisiones ala aseguranza(s).

Molina Psychiatric Associates, PA puede usar mi información médica y puede revelar tal información ala aseguranza(s) que esta listada arriba y a sus agentes para el propósito de obtener pagamento por los servicios y determinar beneficios o los beneficios del pagadero por los servicios relacionados. Este consentimiento es efectivo por un ano.

### **HE LEIDO Y COMPLETAMENTE ENTIENDO EL ACUERDO**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre/Guardian si el paciente es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (Letra fina)

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

# Molina Psychiatric Associates Polizas de Oficina y Financieras

## Citas:

Nuestra oficina está abierta de Lunes- Jueves de 7:00am-4pm y cerrado los Viernes. Por favor llame a nuestra oficina para hacer una cita. Si usted es incapaz de atender a su cita programada, por favor de llamar lo más posible para poder usar ese tiempo y atender a otro paciente en necesidad médica. **Si usted no cancela su cita 24 horas antes o no asiste a su cita programada, nuestra póliza ara un cargo de (\$50.00) en su próxima visita.** Este no será facturado con su aseguranza.

Si usted está corriendo tarde y pierde más de la mitad del tiempo asignado para su cita, usted podría ser pedido de cambiar su cita a otro día. Nuestras citas son programadas con el tiempo suficiente para proveer sana y cuidado de calidad. Si usted le gustaría esperar para una cita el mismo día, usted será notificado con la hora de la siguiente cita disponible, de otra manera no será visto hasta el fin del día.

## Relleno de Medicaciones/ Mensajes:

El relleno de medicaciones solo es dirigido en horas de oficina. Todos los rellenos de medicina tienen que ser solicitados 48 horas hábiles para dar tiempo de proceso. En el evento de que usted llame a nuestra oficina y su clínico están fuera, su llamada será regresada el siguiente día (días de operación).

## Situaciones de Emergencia/Después de horas de oficina:

Para todos los casos urgentes después de horas de clínica, por favor de llamar al número principal para el Doctor en guardia. Por favor note que habrá un cargo de \$50 para todas las llamadas después de horas. En caso de emergencia, llame al 911 o valla al cuarto de emergencia más cercano.

## Aseguranza:

En este momento estamos aceptando todos los planes de aseguranza excepto nuevos pacientes de Medicare y No Medicaid.

## Póliza financiera:

Pacientes son responsables de sus copagos y/o deductibles al tiempo que los servicios han sido completados. Los cargos que cambian por servicios son usual y común para esta área. Su aseguranza puede cambiar su consentimiento basado en un tiempo programado, cual podría o no coincidir nuestros cargos. Usted debe saber que las aseguranzas tienen diferentes tipos de póliza que pueden variar el tipo de cobertura. Usted necesita revisar con su compañía de aseguranza sobre la especifica cobertura que puede tener.

Si usted tiene una aseguranza secundaria, usted está de acuerdo de presentar esa información al tiempo que se está programando su cita.

No aceptamos la aseguranza Medicaid. Si usted tiene Medicaid o anticipa en aplicar para los cargos hechos a usted, al firmar este acuerdo usted entiende que nuestra clínica lo/a está tratando como un paciente de pago privado y no como un paciente de Medicaid, Usted será responsable de pagar por los servicios recibidos por su clínico. Nosotros no mandaremos la reclamación de servicios a Medicaid.

## Reconocimiento a relevación de cargos:

Sumamente todos los cargos son por procedimientos en oficina. Sin embargo, los cargos pueden ser incurridos cuando usted pida servicios adicionales en adición a sus servicios regulares. Estos cargos podrían no ser pagables por su aseguranza y tienen que ser pagados al tiempo de sus servicios.

Los siguientes son una breve lista no exhaustiva relacionado a tal servicio:

1. Registros médicos	\$25.00 o mas
2. Cheques devueltos (NSF)	\$30.00
3. Letras para el trabajo, la escuela, etc.	\$50.00 o mas
4. Formas de discapacidad, etc.	\$150.00 o mas
5. Cita programada perdida	\$50.00
6. Cancelación de cita con menos de 24 horas en avance	\$50.00
7. Llamadas después de horas de clínica que no son de emergencia	\$50.00
8. Cita medicamento necesitada y mediante por teléfono	\$125.00

**Nuestra oficina no llenara ninguna forma, papelerero o componer ningún tipo de letra sobre CHL (licencia de portación de armas), ya sea aclaramiento emocional o de animales de apoyo.**

**E leído y completamente entiendo la póliza de oficina, y acepto la responsabilidad descrita arriba. También entiendo que la póliza de oficina puede ser emendada o modificada por la oficina. Yo expreso mi comprensión al firmar abajo.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra fina)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardian/Representante

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

**AVISO DE POLIZAS DE PRACTICA**  
**Molina Psychiatric Associates**  
**2485 E Southlake Blvd Suite 100, Southlake TX, 76092**  
**Oficina: 817-873-0595      Fax: 817-873-0596**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA, DISCUTIDA, Y COMO USTED PUEDE ACESAR A INFORMACION. POR FAVOR DE LEER CON CUIDADO.**

**Todos los artículos delineados en esta póliza aplican a forma de papel y electrónica de registros médicos y son información protegida.**

**INTRODUCCION**

Molina Psychiatric Associates está comprometido a tartar y usar información medical sobre usted responsablemente. Nosotros somos permitidos a usar y divulgar información médica para tratamiento, obtener pago por tratamiento, por propósitos administrativos y para evaluar la cálida de cuido que usted recibe. Este aviso describe nuestra practica privada. Notros podemos cambiar nuestras pólizas y este aviso. Este aviso aplica a todos los registro médicos protegidos como referidos en regulaciones federales. Para más información sobre nuestra practica privada y pólizas, por favor contacte la persona indicada al final de este documento.

**COMO PODEMOS USAR Y/O DISCUTIR SU INFORMACION MEDICA**

**Nosotros estamos permitidos a usar y discutir su información médica con los envolvamos en su tratamiento.** Su información medica puede ser usada por los empleados o discutidos con otros proveedores profesionales de salud para el propósito de evaluar su salud, diagnosticando condiciones médicas, y proveer tratamiento. Por ejemplo: resultados de laboratorios y procedimientos serán disponible en sus registros médicos para todos los profesionales de salud que puedan proveer tratamiento o que pueden ser discutidos por empleados.

**Nosotros estamos permitidos a usar y discutir su información médica reportar y colectar pago para los servicios proveídos a usted.** Su plan de salud puede solicitar y recibir información de los días de servicio, los servicios previstos, y la condición médica que está siendo tratada en orden de pagar por los servicios proveídos a usted.

**Nosotros estamos permitidos a usar y discutir su información médica con el propósito de funcionamiento médico, cual son actividades que respaldan a esta práctica y aseguran que la calidad que servicio es entregado.** Por ejemplo: la información sobre los servicios recibidos puede ser usada para respaldar los presupuestos y reportes financieros, y actividades para evaluar y proveer cualidad.

**REVELACIONES QUE PUEDEN SER HACERSE SIN SU AUTHORIZACION**

Estas con situaciones en cual somos permitidos a use o discutir su información médica sin su autorización escrita o oportunidad de objetarse.

**Salud Publica:** Nosotros podemos discutir su información de salud para salud publica bajo mandado por federal, estado o local gobierno para la coleccion de información sobre enfermedad, estadísticas vitales, o lesiones por autoridad de salud pública.

**Abuso o Negligencia:** Porque la ley de Texas requiere que los médicos reporten abuso o negligencia de niños, nosotros podemos revelar los reportes de abuso o negligencia de niños.

**Supervisión Sanitara:** Nosotros podemos discutir su información médica con la agencia de supervisión sanitaria las actividades autorizadas por ley.

**Leves Enforzadas y Procesos Legales:** Nosotros podemos discutir su información médica si son solicitados por un oficial de la ley. Nosotros también podemos revelar información si creemos que es necesario para prevenir o disminuir la amenaza inminente ala salud o seguridad de una persona. Nosotros podemos discutir su información médica en el curso de judicial o en procedimientos administrativos en respuesta a una orden de corte u otro proceso legal apropiado.

**Compensación de trabajadores:** Nosotros podemos discutir su información medica como requerido por la ley de compensación de trabajadores.

**Seguridad Nacional y Militaría:** Nosotros podemos discutir su información médica para funciones especializadas gubernamental.

**Investigadores y Examinadores:** Nosotros podemos revelar información médica a los investigadores para razones de investigación. Nosotros podemos revelar información médica a un juez de instrucción o examinador médico para identificar una persona fallecida o la razón de muerte.

**Socios de Negocios:** Nosotros podemos revelar información médica a “socios de negocio” para realizar nuestras operaciones de día-a-día. Estos “socios” requieren su información médica en orden de realizar tareas que nosotros hemos solicitado. Un ejemplo de los “socios de negocios” podría ser para servicios de factura, agencia de colecciones, respondiendo a servicios y a del probador de computadoras (software/hardware).

**Recordatorios de Cita:** Nosotros podemos revelar información médica por teléfono, correo, o los dos para proveer recordatorios de cita.

**Requerido por Ley:** Nosotros podemos revelar información médica cuando es requerido por ley.

**Otros usos o Revelaciones:** Revelación de información médica o su uso cual propósito que no están indicados arriba específicamente necesitan consentimiento por escrito. Si usted cambia su decisión después de dar autorización a un uso o revelación de información puede enviar una revocación de la autorización por escrito. Sin embargo, Su decisión de revocar la autorización no afectara o anulara ninguna revelación de información que nos dio antes de cambiar su decisión.

## **SUS DERECHO BAJO LA LEY FEDERAL**

Usted tiene algunos derechos bajo la ley de privacidad. Estos incluyen:

El derecho de someter restricciones en el uso de su información médica, NOSOTROS NO ESTAMOS DE ACUERDO CON ESTA RESTRICCIÓN.

- El derecho a limitar la información dada a familia, relativos o amigos que puedan o no puedan estar involucrados en su caso. Las restricciones tienen que ser por escritas.
- El derecho a solicitar que mandemos comunicaciones sobre su información médica si es una preocupación a otras alternativas u otro alternativo lugar. Esta solicitud tiene que ser sometida por escrito y solo podemos acomodar algunas solicitudes.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida que esta asignada a cierto set de récords. La ley de Texas requiere que solicite copias por escrito y nosotros requerimos la solicitud para inspeccionar por escrito. La ley de Texas requiere que nosotros proporcionemos las copias o el narrativo entre 15 días hábiles del día que recibamos la solicitud correcta. Si nosotros rechazamos el acceso, se lo informaremos sobre escrito. HIPPA nos permite cobrar una tarifa por estos servicios.
- El derecho enmendar o someter correcciones para proteger su información médica en un récord designado. Si rechazamos la solicitud, usted será informado por escrito.
- El derecho a recibir contabilidad de revelaciones que no son para tratamiento, pago, cuidado que cariño, o hechos por usted o un representante.
- El derecho de recibir una copia de estos avisos y pólizas.

## **PARA MAS INFORMACION O REPORTAR UN PROBLEMA**

Si usted cree que su privacidad a sido violada, por favor contacte al Oficial de Privacidad mencionado anteriormente, o usted puede someter un documento de queja con la Oficina para Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos. No abra represalias por someter un documento de queja ala practica o el Oficial de Privacidad de la practica o a la Oficina de Derechos Humanos. La dirección para la Oficina de Derechos Civil esta mencionada abajo:

OFFICE FOR CIVIL RIGHTS  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C., 20201

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Molina Psychiatric Associates requiere por regulación y ley, de proteger su privacidad sobre su información médica, de proveerlo a usted con una copia de nuestras prácticas de privacidad con aviso de nuestra practica con respeto a proteger su información médica y mantener siguiendo los términos de practica en efecto.

Si usted tiene quejas, preguntas o quiere información adicional sobre este aviso o practica de póliza de Molina Psychiatric Associates, por favor de contactar nuestro Oficial de Privacidad:

Molina Psychiatric Associates  
2485 E Southlake Blvd, Suite 100  
Southlake, TX 76092  
(817) 873-0595

**REVISOR DE RECONOCER LAS POLIZAS DE PRIVACIDAD Y PRACTICAS**

Eh revisado las pólizas y prácticas de privacidad de Molina Psychiatric Associates, cual explica como mi información medica será usada y revelada. Yo entendí que tengo derecho a recibir una copia de este aviso.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante personal

\_\_\_\_\_  
Descripción Personal de Representativo

**Opcional:**

\_\_\_\_\_  
Persona adicional Autorizada como Represente

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Persona adicional Autorizada como Represente

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Persona adicional Autorizada como Represente

\_\_\_\_\_  
Relación