



¡Bienvenidos a Northwest Neurobehavioral Health!

Favor de seguir los pasos bajo para comenzar el proceso de hacer cita para servicios en NNH:

1. Complete y firme todo papeleo adjunto y regreselo a NNH medio una de las opciones listadas debajo:
 - a. Correo Electronico – admin@nnhidaho.com
 - b. Fax – 208-955-7330
 - c. Correo/Envio En persona – 2463 E Gala St Suite 100, Meridian ID 83642

2. Cuando se haya recibido todo el papeleo requerido en nuestra oficina, usted sera contactado por nuestro Coordinador(a) de admission para hacer una cita para establecer cuidado o para que sea puesto en nuestra lista de programacion.

Actualmente, nuestra póliza de oficina es que cualquier referencia recibida sera valida en nuestro sistema por seis meses. Despues su referencia se convertira inactiva. Si es que su referencia se convierte inactiva antes de que hayamos tenido oportunidad para hacerle una cita con un clinico, usted sera contactado por uno del personal de nuestra oficina para confirmar si aun sigue interesado en nuestros servicios para que asi pueda mantener su espacio en la lista de programacion. Si es que no podemos tener confirmacion departe suya, usted sera quitado(a) automaticamente de la lista. Si tiene preguntas, por favor, siéntase libre de llamarnos al 208-955-7333 o mandenos un correo electronico a admin@nnhidaho.com

Gracias,

El personal de NNH



¿ESTA USTED LISTO?

Favor de usar la lista de verificación debajo para asegurar que usted este completamente listo(a) para su primera cita en Northwest Neurobehavioral Health (NNH). Esperamos con gusto trabajar con usted!

Antes que se pueda hacer su primera cita, favor de asegurarse que todos los documentos han sido completados y devueltos a nuestra oficina:

- ___ Las siguientes formas deberan ser completamente llenas y firmadas por un padre biologico o guardian legal (con evidencia de tutela). *Ademas, el consentimiento de comunicacion y todas las formas de acceso a la informacion (ROI) deberan ser firmadas por **qualquier** cliente que tenga entre **14 y 17** años de edad.
 - Consentimientos: Consentimiento informado para servicios en-persona (durante Covid19), Consentimiento informado de TeleSalud, Consentimiento al tratamiento, Consentimiento de Comunicacion*
 - Forma de Registro del Paciente
 - Aviso de Privacidad
 - Acuerdo de Poliza Financiera
 - Forma de Historia Social
 - Forma de Evaluacion de Bienestar (si tiene cobertura por Medicaid de Idaho)
 - Forma ICANS (si es menor de la edad de 18 y cubierto por Medicaid de Idaho)
- ___ Llene una solicitud de acceso a la informacion (ROI) para su medico de cuidado primario.*
- ___ Llene una solicitud de acceso a la informacion (ROI) para el padre/guardian del cliente menor*
- ___ Llene una solicitud de acceso a la informacion (ROI) para qualquier **cuidador(a)** que traiga al menor a la cita [por ejemplo, padrastro(a), abuelo(a)]. Esta debera ser completada y firmada por el padre o guardian legal
- ___ Llene una solicitud de acceso a la informacion (ROI) para qualquier otra entidad involucrada en el cuidado del cliente (por ejemplo, la escuela, consejero(a), etc.)*
- ___ Envie una copia de **por frente y detras** de su tarjeta(s) de aseguranza medica a NNH para que los beneficios puedan ser verificados. Ademas traiga su tarjeta(s) de aseguranza a su primera cita.

ATENCION

Requerimos que todo niño menor de edad sea acompañado por un padre o guardian legal para todas sus citas hasta que el cliente tenga 14 años de edad o mas y desea no tener su padre/guardian presente. Si un padre biologico o guardian legal no puede estar presente para una cita, nosotros tendremos que tener una solicitud de acceso a la informacion (ROI) para el cuidador(a) que traiga al niño y debera ser completada y firmada por el padre o guardian legal. (Solicitudes adicionales estan disponibles en nuestro sitio web en nnhidaho.com bajo la pestaña etiquetada Forms.)

Si el padre o guardian legal no esta presente y no tenemos una solicitud de acceso a la informacion (ROI) completamente llena y firmada para la persona que lleve al niño la cita **sera recalendarizada**.

Favor de llamar si usted tiene qualquier pregunta con respecto a las declaraciones arriba.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS EN PERSONA DURANTE COVID-19 CRISIS DE SALUD PUBLICA

Este documento contiene informacion importante sobre nuestra decision (de usted y mia) para reasumir servicios en-persona considerando la crisis de salud publica del COVID-19. Porfavor lea esto cuidadosamente y dejeme saber si usted tiene qualquier pregunta. Cuando usted firme este documento, este sera un acuerdo oficial entre nosotros.

Decision de Vernos Cara-A-Cara

Hemos acordado de vernos en persona para algunas o todas las sesiones futuras. Si hay un resurgimiento de la pandemia o si otras preocupaciones de salud se levantan, sin embargo, yo podria requerir que nos veamos por via de TeleHealth. Si usted tiene preocupaciones por tener que vernos por TeleHealth, hablariamos sobre esto primero y intentariamos de resolver qualquier problema. Usted entendera que, si yo creo que es necesario, yo podria determinar que volvamos a vernos por TeleHealth para el bien-estar de todos.

Si usted decide en qualquier momento que usted se sentiria mas seguro(a) quedandose, o volver, a servicios por TeleHealth, Yo respetaria esa decision, si es factible y clinicamente apropiada. Reembolso para los servicios por TeleHealth, sin embargo, tambien es determinada por las companias de aserguranza y la ley aplicable, entonces eso seria algo que quizas tengamos que discutir.

Riesgos de Optar por Servicios En-Persona

Usted entiende que al venir a la oficina, usted esta asumiendo el riesgo de exponerse a el coronavirus (o otro riesgo de salud publico). Este riesgo podria incrementar si usted viaja por transportacion publica, taxi, o servicio de viaje compartido.

Su Responsabilidad para Minimizar Su Exposicion

Para obtener servicios en persona, usted esta de acuerdo de llevar a cabo ciertas precauciones las cuales ayudarian a mantener a todos (usted, yo, y nuestras familias, [el personal] y otros pacientes) seguros de exposicion, enfermedad y posiblemente la muerte. Si usted no guarda estas protecciones, pueda que esto resulte en nuestro comienzo / regreso a un arreglo usando TeleHealth. Ponga iniciales a cada ringlon para indicar que usted entiende y esta de acuerdo con las siguientes acciones:

- Usted solo mantendra su cita en-persona si usted esta libre de sintomas _____
- Usted se tomara su temperatura antes de venir a cada cita. Si esta elevada (100 grados Fahrenheit o mas), o si usted tiene otros sintomas del coronavirus, usted esta de acuerdo en cancelar la cita o proceder usando TeleHealth. Si usted desea cancelar por esta razon, nuestra poliza de la clinica sera renunciada acerca de sus servicios siendo suspendidos por una tarde cancelacion. _____
- Usted esperara en su coche o afuera [o en una area de espera designada que sea mas segura] hasta que sea no mas temprano que 5 minutos antes de la hora de la cita _____
- Usted se lavara sus manos o usara desinfectante para las manos que contenga alcohol cuando usted entre en el edificio _____
- Usted guardara la sana distancia y precauciones que hemos establecido en la sala de espera y en los salones de exámenes/terapias. Por ejemplo, usted no movera las sillas o se sentara donde tenemos señales que le pidan que no se siente. _____
- Usted usara una mascarilla en todas las areas de la oficina (Yo [y el personal] Tambien). _____

- Usted mantendra una distancia de 6 pies y no habra contacto fisico (por ejemplo no saludos de mano) conmigo [o con el personal]. _____
- Usted va procurar a no tocarse la cara o los ojos con sus manos. Si lo llega hacer, inmediatamente usted se lavara o desinfectara sus manos. _____
- Si usted esta trayendo su niño, usted se asegurara que su niño siga todas estos protocolos de desinfectacion y distanciamiento. _____
- Usted tomara pasos entre citas para minimizar ser expuesto a COVID. _____
- Si usted tiene un trabajo que lo expone a usted a otras personas que estan infectadas, usted inmediatamente nos dejara saber a mi [y a el personal]. _____
- Si al venir aquí o otras responsabilidades o actividades lo ponen a usted en contacto cercano con otras personas (fuera de su familia), usted nos dejara saber a mi [y el personal]. _____
- Si un residente de su hogar prueba positivo de la infeccion, usted inmediatamente nos dejara saber a mi [y el personal] y entonces nosotros [comenzaremos] continuaremos tratamiento via TeleHealth. _____

Yo podria cambiar las precauciones de arriba si hay ordenes locales, estatales, o federales adicionales o pautas que sean publicadas. Si esto pasa, hablaremos acerca de cualquier cambio necesario.

MI Compromiso a Minimizar Exposicion

Mi practica ha tomado pasos para reducir el riesgo de esparcimiento de el coronavirus dentro de la oficina y hemos puesto nuestros esfuerzos en nuestra pagina web y en la oficina. Favor de hacerme saber si usted tiene preguntas acerca de estos esfuerzos.

SI Usted o Yo estamos Enfermos

Usted entiende que estoy comprometido a mantener usted, yo, [el personal] y todas nuestras familias seguras de el esparcimiento de este virus. Si usted se presenta para una cita y yo [o el personal de la oficina] creen que usted tiene fiebre o otros sintomas, o creen que ha sido usted expuesto, Yo tendre que exigir que usted se vaya de la oficina inmediatamente. Nosotros podremos seguir con los servicios por TeleHealth segun sea apropiado.

Si yo [o el personal] prueban positivo a el coronavirus, yo le notificare a usted para que pueda tomar las precauciones apropiadas.

Su Confidencialidad en el Caso de Infeccion

Si usted ha probado positivo a el coronavirus, se me podria exigir notificar a las autoridades de salud locales que usted ha estado en la oficina. Si tengo que reportar esto, solo voy a proveer la informacion minima que sea necesaria para la coleccion de datos de ellos y no entrare en detalles acerca de las razones de nuestras visitas. Al firmar esta forma, usted esta de acuerdo que puedo hacer esto sin tener un comunicado adicional firmado.

Consentimiento Informado

Este acuerdo suplementa el consentimiento informado general/de negocio acuerdo que hemos acordado a el comienzo de nuestro trabajo juntos.

Su firma debajo enseña que esta usted de acuerdo con estos terminos y condiciones.

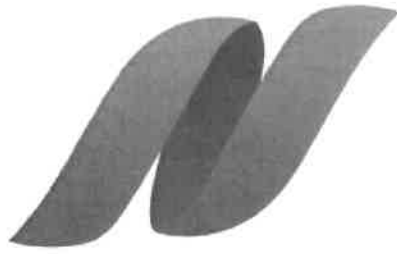
Nombre de el Paciente (porfavor imprima): _____

Paciente/Cliente

Fecha

Psicologo

Fecha



NORTHWEST NEUROBEHAVIORAL HEALTH, LLC

Consentimiento de Audio y Video

Entiendo que algunas sesiones o porciones de sesiones pueden filmarse o grabarse y que las cintas o grabaciones resultantes pueden usarse para propuestas de capacitación general, que incluyen pero no se limitan a: capacitación clínica general, uso en el tratamiento de este cliente, evaluación y supervisión de pasantes o otro personal en programas educativos asociados con Northwest Neurobehavioral Health, LLC y aseguramiento de la calidad y mejora de la calidad de los procesos clínicos. Todas esas cintas y grabaciones pueden destruirse según lo determine NNH.

Nombre del cliente

Fecha

Parent/Guardian Signature

Fecha

Firma del médico

Fecha



HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO

Nombre de niño(a) _____ Fecha _____

Identifica genero con niño M F _____

Edad del niño(a) _____ Fecha de nacimiento del niño _____

El persona que esta llenado el formulario _____ Relación con el niño(a) _____

Residencia de niño(a) Padres biológicos/padrastrós Padres adoptivos Padres de crianza
 Casa de PCS Orto _____

Referido por _____

Presentando Problemas

Por favor describa porque usted está buscando servicios para su niño(a):

¿Cuándo notó por primera vez el problema?

¿Este problema has afectado su funcionamiento?

En casa: Severo Sustancial Moderado Leve Mínimo

En la escuela: Severo Sustancial Moderado Leve Mínimo

En la comunidad: Severo Sustancial Moderado Leve Mínimo

(Por favor explique)

¿El niño(a) experimenta problemas en cualquiera de las siguientes áreas?

- Comportamiento agresivo _____
- Ansiedad/preocupación _____
- Capacidad de atención _____
- Cambios en los hábitos alimentarios _____
- Los cambios en hábitos de sueño y problemas a la hora de dormir _____
- Crueldad a los animales _____
- Destrucción de la propiedad _____
- La desobediencia _____
- Imagen corporal distorsionado(a) _____
- El miedo _____
- Dolores de cabeza/Dolores de estomago _____
- Oyendo/viendo cosas extrañas _____
- Desesperanza/desamparo(a)/inutilidad _____
- Hiperactividad _____
- Recuerdos intrusivos/recurrentes _____
- Irritabilidad _____
- Falta de interés en las cosas _____
- Impedimentos del lenguaje _____
- Mentir/robar _____
- Baja autoestima _____

Presentando Problemas (cont'd)

- Pesadillas _____
- Pensamientos obsesivos/comportamientos compulsivos _____
- Paranoia _____
- Pensamientos acelerados _____
- La inquietud _____
- Tristeza/llanto _____
- Comportamiento sexual _____
- Relaciones sociales/ansiedad _____
- Hablar suicida/autolesiones comportamientos _____
- Berrinches _____
- Al baño (mojarse/ensuciarse) _____
- La abstinencia/comportamientos de aislamiento _____

Información de la familia

Las personas que viven en el hogar:

Nombre	Edad	Relación de niño(a)	Relación con el niño(a)

Los antecedentes académicos de los padres y ocupación:

Madre _____
Padre _____

¿El niño(a) ha experimentado los siguientes eventos estresantes? (Por favor indica la edad del niño(a) en el momento del evento)

Edad

- _____ Muerte de un miembro de la familia o significativo (explique: _____)
- _____ Divorcio o separación de los padres (cuando: _____,
Disposición/visitación de custodia y frecuencia: _____
Nombre y ubicación del padre sin custodia: _____)
- _____ Colocación en hogares de guarda u otros colocación fuera del hogar: _____
- _____ Frecuentes movimientos (¿Cuántas veces?) _____
La ubicación? _____
- _____ Encarcelamiento de un padre (detalles): _____
- _____ Enfermedad física a largo plazo de un miembro de familia
- _____ Otro _____
(Por favor, lista de los otros eventos estresantes el niño(a) o la familia ha experimentado recientemente):

¿Hay matrimoniales o luchas de la crianza de los hijos? Si No (Por favor explique)

Información de la familia (cont'd)

El estado económico/financiero del a la familia:

Fuentes de ingresos mensuales y las cantidades, si sabe:

- | | | | |
|---|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Empleo sueldo/ingresos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Estampillas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de seguridad social | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Apoyo de al familia | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de vivienda | \$ _____ | <input type="checkbox"/> SSI | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> SSD | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Orto especifique: | \$ _____ | | |

¿Es e ingreso adecuado para las necesidades actuales? Sí No

Asuntos de Viviana:

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro/estable | <input type="checkbox"/> Inseguras/inadecuadas | <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> Cuidado adoptivo |
| <input type="checkbox"/> Conflictos con vecinos/propietario | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Orto _____ | |

Planes de futuro de la vida: _____

¿El niño(a) nunca ha participado en alguno de los siguientes servicios? (Por favor lista la deuda de niño(a) en el momento del evento)

- Servicios de protección infantil _____
- Salud mental de los niño(a) _____
- Libertad condicional/probación de juveniles/detención _____
- Club de niños y niñas _____
- Servicios de la juventud _____
- Head Start _____
- Servicios de temprano intervención (0-3 años)/desarrollo preescolar _____

Historia Social

¿Es el niño(a) hijo(a) biológico del entrevistado? Sí No

¿Sí, no a que edad le llego en su cuidado? _____

¿Ha sido adoptado el niño(a)? Sí No ¿Edad en adopción? _____

¿Hay algún contacto con los padres biológicos? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Dónde fue nacido el niño(a) y criado?

¿Tiene el niño(a) relaciones de calidad con los compañeros? Si No (Por favor explique)

La historia sexual del niño(a) (si es aplicable):

- Fuentes de apoyo incluyen: Padres Guardián Hermano (a) Ortos pariente(s)
- Amigo(a) s Ninguno
- Orto _____

Historia Social (cont'd)

El apoyo personal más cercano del niño(a):

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación

Nivel de apoyo es: Bueno Adecuado Marginal Mínimo Ninguno

If less than adequate, explain: _____

Cuestiones sociales/ambientales:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aislamiento social/retraimiento | <input type="checkbox"/> Las influencias negativas de los compañeros | <input type="checkbox"/> Cambio de estilo |
| <input type="checkbox"/> Conflicto familiar | <input type="checkbox"/> Conflicto con los cuidadores | <input type="checkbox"/> Falta de transportación |
| <input type="checkbox"/> Falta de servicios | <input type="checkbox"/> Falta de los conocimientos de los servicios | <input type="checkbox"/> Falta de los conocimientos de la enfermedad y de la discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Entorno de vida volátil | <input type="checkbox"/> Ninguno | |
| <input type="checkbox"/> Orto explique: _____ | | |

¿Hay algo que impida al niño(a) de asistir a las sesiones regularmente? Sí No Desconocido

(Por favor explique) _____

¿Tiene el niño(a) transporte constante y confiable? Sí No Desconocido

Étnicos, cultural y religioso información puede ser de utilidad a la hora de abordar asuntos relativos al asesoramiento.

La siguiente información es opcional. Por favor, marque la línea apropiada(s)

- Elijo proporcionar esta información
 Decido **no** proporcionar esta información

¿Tienes una identidad religiosa o espiritual? Si No Ninguno

If yes, what is that preference? _____

¿Cuál es la raza del niño(a)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Euro-Western o Americano | <input type="checkbox"/> Indios Americanos o nativos de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian | <input type="checkbox"/> Afro-Americans | <input type="checkbox"/> Asiático Americano o asiático |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Orto | |

¿El niño(a) ha tenido problemas relacionados con la raza, la religión o la cultura? Si No Desconocido

(Por favor explique): _____

Por favor describa el nivel de actividad y temperamento de su hijo(a) como un niño(a): Demasiado tranquilo(a)/inactivo(a) Calmado(a)/razonablemente activo(a) Muy activo(a)/demasiado activo(a) Orto

(Por favor explique) _____

Cuando su hijo(a) estaba joven, ¿cómo interactuar con otros niño(a)? Tímido/inhibido Interacción razonablemente sociable/interactuar con otras personas demasiado sociable/problemático Orto

Por favor explique) _____

¿Su hijo(a) ha tenido dificultades sociales actuales? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, su hijo(a) tiene problemas con Haciendo nuevos amigo(a) s Mantener amistades

Acercarse a otro niño (a) s violar el espacio personal Desinterés en las relaciones sociales Otro

(Por favor explique): _____

Historia Social (cont'd)

Si su niño(a) tiene una historia actual o pasado de:

- Dificultad con comportamientos de no verbal (es decir, el contacto visual, hacienda expresiones faciales, que no encaja en el contexto, el uso de gestos para regular la interacción social.
- Falta de desarrollo de las relaciones entre pares a un nivel apropiado
- Dificultad para la reciprocidad social y emocional (es decir, juegos que implican y atrás juego, reconociendo como otros se siente, comprender como otro efecto de sus acciones)
- Problemas has adelante y hacia atrás sosteniendo conversaciones fuere de las áreas de intereses
- Pareja estereotipada o uso repetitivo del lenguaje (es decir, repitiendo frases de películas, repitiendo la misma frase una y otra vez, haciéndose eco de la respuesta de los demás, hacienda sonidos extraños o inusuales)
- Interese en un área específica, en caso afirmativo, ¿cuál es el área de interés? _____
- Estereotipados de comportamiento repetitivo (es decir, sacudiendo la mano/dedo, brazo aleteando, spinning, oscilando hacia adelante y hacia atrás)

Historia de salud mental

¿Tiene su hijo(a) alguna historia de dificultades emocionales o diagnósticos anteriores? Incluso:

- Depresión Ansiedad/ataques de pánico Manía ADHD Deterioro cognitivo
- Desorden de espectro del autismo, Asperger Y PDD-NOS Abusó de sustancias PTSD
- Desorden obsesivo-compulsivo Esquizofrenia

¿Hay niño(a) o familiar inmediato que siempre ha estado en consejera o visto a un psiquiatra?

- Si No Ninguno

Individual	Fecha(s)	Diagnostico	Tratamiento recibido (hospitalizado, ambulatorios, residencial, etc.)	Respuesta

¿Su niño (a) alguna vez ha expresado pensamientos suicidas o intento de suicidio? Si No Desconocido
(Por favor explique)

¿El niño(a) o cualquier otro miembro de la familia alguna vez ha sido abusado o descuidado? Si No Desconocido

Individual Abusada(o)	Tipo de abuso	Fecha (s)	Acción tomada

¿El niño(a) utiliza drogas o alcohol (incluido el Tabaco)? Si No Desconocido
Por favor indique el tipo, cantidad, frecuencias y fechas (primer uso, último uso)

Nombre	Cantidad	Frecuencias	Fecha(s)

Historia de salud mental (cont'd)

Historia de la familia de enfermedad mental/medica: (Por favor especifique quien y cuando primero fue diagnosticado)

- ADHD _____
- Ansiedad/ataques de pánico _____
- Alcoholo/Abuso de drogas _____
- Autismo/Asperger/Trastorno generalizado del desarrollo _____
- Bipolar _____
- Depresión _____
- Aprendizaje de invalidez _____
- Retraso mental _____
- "Ataque de nervios" _____
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) _____
- Trastorno de pánico _____
- Trastorno de stress postraumático(TEPT) _____
- Hospitalización psiquiátricas _____
- Esquizofrenia _____
- Suicidio _____
- Cancer (tipo) _____
- Diabetes/Hipertensión _____
- Problemas cardiacos o pulmonares _____
- Enfermedades inmunológicas (Lupus, enfermedad inflamatoria intestinal) _____
- Migraña _____
- Convulsiones _____
- Tiroides _____
- Orto _____

Historia del Desarrollo

Edad de la madre durante el embarazo: _____ Longitud del embarazo: _____

¿Algún embarazo anterior (numero)? _____ ¿Algún aborto espontaneo anterior (numero)? _____

¿La madre recibió atención prenatal regular? Si No ¿Cunado comenzó la atención prenatal? _____

¿Acaso la madres tiene ningún ecografías o amniocentesis? Si No

En caso afirmativo, describa la razón por la: _____

¿Acaso la madre uso vitaminas prenatales? Si No ¿Cuánto peso Adelanto la madre? _____

¿Experimento la madre alguno de lo siguiente durante el embarazo? (Por favor indique # de meses en el embarazo)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidentes o lesiones | <input type="checkbox"/> Tension emocional | <input type="checkbox"/> Enfermedad o infección |
| <input type="checkbox"/> Sangrante | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Parto inducido |
| <input type="checkbox"/> Incompatibilidades RH o de sangre | <input type="checkbox"/> Hipertensión o hinchazón | <input type="checkbox"/> Toxemia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hostilización | <input type="checkbox"/> Problemas de dieta |
| <input type="checkbox"/> Orto (Por favor explique :) _____ | | |

¿La madre uso alguna droga, alcohol o medicamentos durante el embarazo (incluyendo la nicotina, prescripción y sobre las medicinas contratáis)? Si No Desconocido

Abusados o sospechas de abuso de drogas:

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Metanfetamina | <input type="checkbox"/> Cocaína |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos de prescripción | <input type="checkbox"/> Otras drogas | | | |

Si se conoce, por favor indique la frecuencia y meses (por ejemplo diario, semanal, en ocasiones, meses 1-9) : _____

Historia del Desarrollo (cont'd)

Tipo de parto (c-transversal, vaginal): _____ ¿Se utilizaron fórceps? Si No
¿Cuál fue el peso al nacer de niño(a)? _____ ¿Longitud? _____

¿Hubo algunos problemas o complicaciones con el parto? Sufrimiento fetal Abruption de la placenta
Prolapso del cordón umbilical desconocido Cordón alrededor de cuello Ictericia Desconocido
(Por favor explique) _____

¿Hubo problemas con la salud del bebe antes o inmediatamente después del parto? Si No Desconocido
(Por favor explique) _____

El niño(a) paso tiempo en la UCIN después del nacimiento Si No Desconocido
Si es así, ¿cuál fue la duración (en días) estada en la UCIN? _____

¿Fueron separados de la madre y él bebe después del nacimiento durante más de 24 horas en un momento?
 Si No Desconocido (Por favor explique) _____

¿Hubo alguna preocupación sobre el desarrollo del niño(a)?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Insuficiencia en el crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Respiración de problema o la angustia respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Ortos (Por favor explique) | | |

¿A qué edad al niño(a) realizar las tareas siguientes?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dar vueltas _____ | <input type="checkbox"/> Primeras palabras de uso _____ | <input type="checkbox"/> Dibujo de círculos _____ |
| <input type="checkbox"/> gatear _____ | <input type="checkbox"/> Utilizar oraciones de 2-3 palabras _____ | <input type="checkbox"/> Entrenados para usar el baño _____ |
| <input type="checkbox"/> Caminar _____ | <input type="checkbox"/> Construir torre con cubos _____ | <input type="checkbox"/> Viste a si mismos _____ |
| <input type="checkbox"/> Agitando adiós/besos que soplan/señalador _____ | | |

¿Hubo alguna los logros que el niño(a) domina y luego se pierde? Si No Desconocido
(Por favor explique) _____

Historia de la salud

El niño(a) tiene antecedentes de problemas sensoriales; hipersensible a ruidos Toque Luz Olor
 Otros (Por favor explicar)

El niño(a) nunca obtuvo ninguna terapia anterior de desarrollo: Si No Desconocido
Tipo de terapia: Habla/lenguaje Físico Terapia Ocupacional De Desarrollo
Terapeuta/Agencia:

Duración del tratamiento que recibo:

Respuesta al tratamiento:

Médico de atención primaria: _____ Número de años: _____
Fecha del último examen: _____

Ortos Proporcionar: _____ Especialista: _____
Fecha del último examen: _____

¿El niño(a) actualmente está experimentando problemas de salud? Si No Desconocido
(Por favor explique)

El niño sufre de alguna alergia? SI No Desconocido (Por favor, nombrar y describir reacción)

Historia de la salud (cont'd)

¿El niño(a) ha sido hospitalizado por razones médicas? Sí No Desconocido
(Por favor explique)

¿El niño(a) sufre de algún problema médico crónico? Sí No Desconocido
(Por favor explique)

¿Ha tendió el niño(a) alguna enfermedades graves, accidentes, cirugías o lesiones? Sí No Desconocido
(Por favor explique)

¿El niño(a) ha experimentado cualquiera de los problemas de salud en el pasado?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento o diarrea | <input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza/paridad de la conciencia | <input type="checkbox"/> Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ataque | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Oído/problemas de audición | <input type="checkbox"/> Corazon | <input type="checkbox"/> Riñón/vejiga |
| <input type="checkbox"/> Ojo/vision | <input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Peso (perdida/ganancia) |
| <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Desregulación de la tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Orto (Por favor explique): _____ | | |

¿Ha tendió alguna vez el niño(a) problemas médicos que justifican estudios por imágenes (MRI, EEG, CT, EKG)?

Sí No Desconocido

La Razón: _____

Los resultados: _____

Complete si su niño(a) ha presentado cualquiera de las siguientes cuestiones

Las lesiones en la cabeza/las contusiones

¿Cuántas lesiones en la cabeza el niño(a) que ha sufrido? Ninguno Uno Dos Más de dos
Si se conoce, la gravedad de las lesiones en la cabeza? No-significativo Leve Moderado Grave

Meningitis

¿Edad al diagnóstico? Tipo de Meningitis Bacteriano Viral Desconocido

Enfermedades del corazón

Tipo: Defectos septales Defectos de la válvula Orto (Por favor explique) _____

¿Edad al diagnóstico? ¿Han sido sometidos los procedimientos correctivos?

Sí No Edad del procedimiento: _____

Actividad de asimiento

Si se conoce, si tipo de asimiento Generalizadas Ausencia Rolándola

¿Edad al diagnostico? ¿Han sido sometidos los procedimientos correctivos?

Sí No Edad del procedimiento: _____

Anormalidad genética Síndrome de Down Eliminación cromosómica (que cromosoma: ___) Frágil X

Orto (Por favor explique) _____

¿Están las vacunas al día? Sí No Desconocido (Por favor explique)

Historia de la salud (cont'd)

Si es mujer, edad de primera menstruación _____ Son ciclos regulares? Si No Desconocido
(Por favor explique)

¿Ha habido problemas con animo desregulación hormonal? Si No Desconocido
(Por favor explique)

Portón de sueño:

Las horas total de dormir durante la noche: _____ Horario de sueño habitual: _____ a _____

¿El niño(a) toma siestas durante el día? Si No En caso afirmativo, cuantas horas por día? _____

Por favor, indique cualquier preocupación del patrón de sueño:

Problema actual

Cambiar dentro de los últimos 6 meses

Dificultad para dormir

Si No

Si No

Despertamiento frecuente

Si No

Si No

Ronquidos

Si No

Si No

Inquietud/movimientos

Si No

Si No

Despertar temprano por la mañana

Si No

Si No

Pesadilla

Si No

Si No

No descanso

Si No

Si No

Si la respuesta es sí a cualquiera de la preocupaciones, por favor describa:

Información Educativa

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

¿Cuáles son los grados promedio de niño(a) en la escuela? _____

¿Cuáles son las fortalezas académicas del niño(a)?

¿Cuáles son los retos académicos de niño(a)?

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo(a)?

¿Han habido cambios en el rendimiento del niño(a) en la escuela? Si No Desconocido
(Por favor explique)

¿Ha habido cualquier psicoeducativa (incluyendo IQ) o neuropsicológica en el niño(a) en la escuela o en otros lugares? Si No Desconocido (Por favor, explicar y proporcionar comunicados)

Información Educative (cont'd)

¿El niño(a) actualmente participar en clases de educación especial o recibir otros servicios especiales (IEP o plan 504b)? Si No Desconocido (Por favor explique)

¿Cualquiera de los miembros de familia inmediata del niño(a) han tenido problemas en la escuela?

Si No Desconocido (Por favor explique)

¿Cuál es la actitud de niño(a) hacia la escuela? Positivo(a) Indiferente Negativo

El niño(a) siempre ha estado: Falta de clase Suspendido(a) Expulsar Excesivo ausencias de la escuela
(Por favor explique)

Historia Derecho

¿El niño(a) ha estado involucrado(a) con la policía, Sistema judicial juvenil u otro organismo legal? Si No Desconocido (Por favor explique)

En caso, por favor, indiqué los siguientes:

Detener _____

Tiempo en la detención _____

Agente de libertad condicional _____

Salud y asistente social de bienestar _____

Colocación fuera del hogar(circunstancias) _____

Firma _____ Fecha _____



PERMISO PARA COMUNICACIÓN

Por la presente, yo autorizo a Northwest Neurobehavioral Health, LLC para comunicarse por:

Paciente/Cliente: _____ Fecha de Nac.: _____

Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____ Fax: _____

Email: _____

Yo entiendo que Northwest Neurobehavioral Health, LLC hace todos los esfuerzos para asegurar la confidencialidad de la Información Personal de Salud cumpliendo con los requisitos y estándares de seguridad y privacidad de HIPAA.

Por lo tanto, si tengo información que necesito compartir con el profesional clínico con respecto a la situación de cuidado de mi niño o mía, me aseguraré de buscar un tiempo para hablar directamente con el profesional clínico y no tendré otras conversaciones donde la protección y privacidad de la información personal de salud de mi niño o mía podría estar comprometida (Por ejem.: en la sala de espera de NNH).

Además, reconozco que de tiempo en tiempo NNH puede necesitar comunicarse conmigo fuera del tiempo de la cita. Entiendo que estas formas de comunicación no son seguras pero doy permiso para esta comunicación en la siguiente forma(s). (Marque con sus iniciales cuál(es) forma de comunicación.

_____ Mensaje de voz en el teléfono/Correo de voz

_____ Email

_____ Fax

_____ Mensajes de Texto

_____ Correo regular

Cancelación- Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización, en cualquier momento, enviando una nota por escrito a Northwest Neurobehavioral Health, LLC, a la dirección: 2076 S. Eagle Rd. Meridian, ID. 83642. También entiendo que la cancelación de la autorización no será efectiva si se recibe después de haber tenido comunicaciones permitidas por esta autorización.

Vencimiento- A menos que se haya cancelado anteriormente, esta autorización vencerá al terminarse todos los servicios con Northwest Neurobehavioral Health, LLC.

Firma del Paciente/Cliente (Si tiene 14 o más años de edad)

Fecha

Firma del Padre/Tutor o Representante Personal

Fecha

(Si usted está firmando como Representante Personal de un individuo, por favor describa su autoridad para actuar por dicho individuo, por ejemplo; Poder de Abogado, Sustituto del Cuidado, etc.)

Consentimiento Informado de TeleSalud Mental

Yo _____ (padre/guardian del niño(a), o yo mismo) por la presente doy consentimiento para participar en TeleSalud mental como un adjunto para terapia en persona para y a nombre de _____ (yo mismo/cliente menor) para recibir consejería, exámenes psicologicos o neuropsicologicos, terapia del habla, terapia ocupacional y/o manejo de medicamento. Yo entiendo que TeleSalud mental incluye la practica del envio de el cuidado de salud, incluyendo envio del cuidado de salud mental, diagnosticos, consultas, tratamiento, transferimiento de datos medicos, y educacion usando audio interactivo, video, y/o comunicaciones de datos. Yo entiendo que TeleSalud mental involucra la comunicacion de mi informacion medica/salud mental, usuando medios orales y visuales, hacia otros practicantes de el cuidado de salud.

Yo entiendo que tengo los siguientes derechos con respeto a TeleSalud mental:

(1) Yo tengo el derecho a retener o retirar consentimiento a cualquier hora sin que afecte mi derecho a cuidado o tratamiento en el futuro ni arriesgar la perdida o retiro de cualquier beneficio de el programa a los que de otro modo tendria derecho.

(2) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi informacion medica tambien aplican a TeleSalud mental. Como tal, yo entiendo que la informacion divulgada por mi durante mi terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, hay excepciones tanto obligatorias como permisivas a la confidencialidad incluyendo pero no limitado a: reportar abuso de niños, ancianos, y adultos dependientes; amenazas expresadas de violencia hacia un victima comprobable; y donde yo haga mi estado mental o emocional un problema en un procedimiento legal. (Vea ademas las Polizas de la Oficina y las Formas de Aviso de Practicas de Privacidad, proveidas a mi, para mas detalles de confidencialidad y otros asuntos.)

Yo tambien entiendo que la difusion de cualquier imagen de indentificacion personal o informacion de la interaccion de TeleSalud mental a investigadores o otras entidades no ocurrira.

(3) Yo entiendo que hay riesgos y consecuencias de TeleSalud mental. Estos pueden incluir, pero no son limitados a, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de el clinico, que: la transmision de mi informacion medica pueda ser interrumpido o distorcionado por fallas tecnicas; la transmision de mi informacion medica pueda ser interrumpida por personas no autorizadas; el almacen electronico de mi informacion medica pueda ser accedido por personas no autorizadas y/o malentendidos puedan ocurrir facilmente, especialmente cuando el cuidado se brinda de manera asincronizada.

Adicionalmente, yo entiendo que servicios y cuidado basados en TeleSalud mental puedan no producir los mismos resultados ni ser tan completos como el servicio dado cara-a-cara. Tambien entiendo que si mi clinico cree que yo pueda ser mejor servido por otra forma de servicio (por ejemplo servicio de cara-a-cara), Yo participare en servicios solo de cara-a cara (TeleSalud mental no sera una opcion para servicios con mi clinico actual si a su juicio professional se le considera contraindicados) o sere referido a un clinico en mi area que pueda

proveer tal servicio. Finalmente, yo entiendo que hay riesgos y beneficios potenciales asociados con el servicio que sea proveído, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi clinico, mi condicion pueda no mejorar y en unos casos quizas se haga peor.

(4) Yo entiendo que yo me pueda beneficiar de TeleSalud mental, pero resultados no pueden ser garantizados o asegurados. Los beneficios de TeleSalud mental pueden incluir pero no son limitados a; encontrar una habilidad mas grande para expresar pensamientos y emociones; dificultades de transportacion y viajes son evitados; contratiempos son minimizados; y pueda que haiga una oportunidad mas grande para preparar en adelante para mis sesiones.

(5) Como parte de los riesgos asociados con TeleSalud Mental mi clinico no puede asegurar seguridad personal y seguridad para otros tanto como cuando esta en su oficina en Northwest Neurobehavioral Health. Por lo tanto, como parte de la planeacion de seguridad, yo designare a lo minimo un contacto de emergencia que pueda resoponder a mi en manera oportuna durante sesiones de TeleSalud mental y ayudar en situaciones de emergencia (por ejemplo cuando el cliente tiene sentimientos de suicidio, o el cliente se esta desregularizando y necesita asistencia calmandose, el cliente es una amenaza fisica hacia el mismo o hacia otros). Ademas entiendo que mi clinico podra llamar y hablar con contactos de emergencia antes que necesiten que utilizarlos en responder a emergencias ya que esto es una medida preventiva de planificacion necesaria para participar en servicios de TeleSalud mental.

En adiccion a que mi clinico use contactos de emergencia el or ella tambien podra usar medidas tradicionales de respuesta a emergencias en la comunidad (llamando al 911 para emergencias de salud medica/mental). Yo entiendo que estoy dando consentimiento a mi clinico a contactar los contactos de emergencia que he apuntado aqui tanto como tambien contactar socorristas comunitarios si lo consideran necesario durante sesiones de TeleSalud mental para ambos propositos de planeacion de emergencias y situaciones de emergencia tambien. Yo doy consentimineto para que mi clinico pueda comunicarse con los contactos de emergencia por medio de telefono, correo electronico, correo y otros metodos de comunicacion. Mi clinico hara esfuerzos para asegurar conformidad de HIPAA en estos comunicados con contactos de emergencia.

Mi **contacto de emergencia primario** es: _____ (nombre de contacto de emergencia primario.)

Numero telefonico de Contacto de emergencia primario es: _____

Correo electronico de Contacto de emergencia primario es: _____

Domicilio de Contacto de emergencia primario

es: _____

Mi **contacto de emergencia secundario** es: _____ (nombre de contacto de emergencia secundario.)

Numero telefonico de Contacto de emergencia secundario es: _____

Correo electronico de Contacto de emergencia secundario es: _____

Domicilio de Contacto de emergencia secundario

es: _____

Yo he leído y entendido la información proveída arriba, la cual también ha sido explicada a mí verbalmente. Lo he discutido con mi clínico y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del Cliente (usted o cliente menor): _____ Fecha: _____

Firma del cliente menor: (Si es de 14+ años de edad – requerido):

_____ Fecha: _____

Firma del Clínico: _____ Fecha: _____



Política Financiera y Acuerdo

Gracias por elegir a Northwest Neurobehavioral Health, LLC (NNH) como su proveedor. La participación en la evaluación y el tratamiento es una asociación entre usted y nuestra organización. Tras su acuerdo de pagar la atención, aceptamos brindarle esa atención. La información a continuación está destinada a explicar nuestras políticas de facturación y pago.

FACTURACIÓN PARA NUESTROS SERVICIOS

- NNH no es responsable de contactar a su compañía de seguros para consultar sobre referencias, beneficios y copagos. Es su responsabilidad verificar con su seguro si nuestros servicios están cubiertos, si deben ser autorizados previamente y cualquier límite a los beneficios. Traiga su tarjeta de seguro para que hagamos una copia y para el envío de reclamaciones.
- El pago de los copagos, los deducibles y los servicios no cubiertos se requieren en el momento en que se presta el servicio.
- Los clientes sin seguro deben reunirse con la administración para determinar los arreglos financieros antes de que se presten los servicios.
- Northwest Neurobehavioral Health, LLC no niega el acceso a los servicios debido a la imposibilidad de pagar. Ofrecemos servicios de tarifa variable para aquellos que califiquen.
- Recibirá estados de cuenta mensuales que indiquen el estado de su cuenta y su saldo actual adeudado.
- Si su cuenta no ha sido pagada por más de 60 días y los arreglos para el pago no han sido acordados, tenemos la opción de usar medios legales para asegurar el pago. Esto puede implicar contratar una agencia de cobranza o pasar por una corte de reclamos menores. Si tal acción legal es necesaria, sus costos serán incluidos en el reclamo.
- Llame a nuestra empresa de facturación, Practice Management, Inc. al (208) 472-8112 si tiene alguna pregunta con respecto a su factura.

SEGURO

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.
- Independientemente de su cobertura de seguro, los clientes son en última instancia responsables del pago de sus facturas. Los copagos y cantidades deducibles son establecidos por su compañía de seguros y no están sujetos a negociación con Northwest Neurobehavioral Health, LLC.

- Usted es responsable de informar a la clínica sobre los cambios en su cobertura de seguro. Las compañías de seguros no nos permiten facturar retroactivamente por los servicios. Usted será responsable del pago total de las tarifas si no se nos informa acerca de los cambios en su seguro antes de que se presten los servicios.
- Aunque realizaremos las facturas en su nombre y haremos todos los esfuerzos razonables para obtener el pago de su seguro, si rechazan el reclamo o demoran el pago, lo buscaremos por completo.
- La presentación de reclamos no garantiza el pago de la compañía de seguros.
- El seguro de salud no exime al cliente de la responsabilidad financiera por los servicios prestados.
- NNH es un proveedor de Medicaid y Medicare. Todos los pacientes de Medicaid deben proporcionarnos una copia de la tarjeta de Medicaid, una referencia de Healthy Connection, si corresponde, y una copia de la historia clínica y física más reciente del médico de atención primaria.

TARIFA POR ANTICIPADO CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN

- Se requiere un aviso de al menos 24 horas para una cancelación. Si la cita se cancela con un aviso de menos de 24 horas, esto se considerará una cancelación tardía. Después de recibir 2 cancelaciones tardías o no presentarse, se suspenderá la terapia de su hijo.

ACUERDO DE AUTOAPRENDIZAJE

- Entiendo que las tarifas se establecerán según el ingreso y el tamaño de mi familia. Se requerirá la documentación del ingreso para determinar la elegibilidad de la tarifa móvil.
- Acepto informar a NNH de cualquier cambio en los ingresos, empleo, dirección, número de teléfono o si obtengo un seguro.
- Entiendo que si tengo un seguro, no soy elegible para servicios de tarifa móvil.
- Acepto pagar una tarifa determinada en el momento del servicio.
- Entiendo que tendré que volver a presentar la documentación para la elegibilidad de los servicios de tarifa móvil cada 90 días.

ACUERDO DE SEGURO

- Entiendo que si tengo un deducible de seguro que cumplir, pagaré la tarifa completa en el momento del servicio hasta que se alcance mi deducible. A partir de entonces, cualquier cantidad de copagos de seguros vence en el momento del servicio.

• Entiendo que soy responsable de proporcionar toda la información necesaria del seguro solicitada a NNH y a mi compañía de seguros. Si no proporciono esta información o si elijo no enviar estos servicios a mi compañía de seguros, seré responsable de todas las tarifas aplicables en el momento del servicio.

• Asigno y autorizo el pago directo de todos los beneficios pagaderos por los servicios del cliente a Northwest Neurobehavioral Health, LLC. Se puede usar una copia de esta asignación en lugar de la original. NNH puede divulgar la información que sea necesaria y pertinente para las compañías de seguros mencionadas en esos documentos para garantizar el pago de los servicios.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Acepto la responsabilidad financiera por los cargos incurridos por mí y / o los miembros de mi familia que reciben servicios en Northwest Neurobehavioral Health, LLC. Estoy de acuerdo con los términos financieros descritos anteriormente.

Por favor ponga sus iniciales a continuación:

_____ Entiendo que soy financieramente responsable de todos los costos de evaluación y tratamiento incurridos, incluso si mi seguro no autoriza o no paga algunos o todos los servicios prestados.

_____ Entiendo que el pago se requiere en el momento del servicio y una vez recibida la factura que recibo.

_____ Entiendo que si no pago los servicios prestados, el médico que yo o mi hijo ve no recibirán ningún pago por los servicios que hayan brindado.

_____ Entiendo que si se cancela una cita con un aviso de menos de 24 horas esto se considerará una cancelación tardía. Después de recibir 2 cancelaciones tardías o no presentarse, se suspenderá la terapia de mi hijo.

_____ Entiendo que se me cobrarán \$ 35 por fondos insuficientes.

_____ He solicitado y recibido una copia de esta Política y Acuerdo financiero.

_____	_____	_____
Firma del cliente	Fecha	Nombre impreso del cliente
_____	_____	_____
Firma del padre / tutor legal		Fecha
_____	_____	_____
Representante de NNH		Fecha



**NORTHWEST
NEUROBEHAVIORAL
HEALTH, LLC**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Yo autorizo a Northwest Neurobehavioral Health, LLC a REVELAR Y RECIBIR (marque uno o ambos) registros para:

Nombre del paciente / cliente: _____ DOB: _____

Para / de Nombre : _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

La siguiente información: [Marque todo lo que corresponda]

- Evaluación inicial / CDA Lista de medicamentos / notas de progreso Presencia / Participación en el tratamiento
- Plan (es) de tratamiento Evaluación (indique el tipo de evaluación) _____
- Resumen de alta Estudios clínicos que incluyen: Laboratorio, EKG's, CT Scan, MRI Resultados
- Historial médico y físico Otro (especifique) _____

Condiciones: entiendo que Northwest Neurobehavioral Health, LLC no condicionará mi tratamiento sobre si otorgo autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que la falta de firma de esta autorización puede tener consecuencias que incluyen, entre otras, el impacto en el resultado de la atención coordinada.

Tenga en cuenta que los registros médicos pueden contener información confidencial que incluye, entre otros: Alcohol, Drogas, Salud Mental, VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Propósito: El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando corresponda, coordinar los servicios de tratamiento.

Revocación: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Northwest Neurobehavioral Health, LLC al 2463 East Gala St Suite 100, Meridian, Idaho 83642. Además, entiendo que la revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que ya se haya tomado acción en virtud de la autorización.

Forma de divulgación: a menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de la manera que consideremos apropiada y coherente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, verbalmente, en formato papel o electrónicamente.

Reexpedición: entiendo que existe la posibilidad de que la información de salud protegida revelada conforme a esta autorización pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y la información de salud protegida ya no estará protegida por las normas de privacidad de HIPAA, a menos que se aplique una ley estatal que sea más estricto que HIPAA y proporciona protecciones de privacidad adicionales.

Vencimiento: a menos que se revoque antes, esta autorización vence en la siguiente fecha: _____, o de lo contrario indicado: _____.

Firma del paciente / cliente (si tiene más de 14 años de edad)

Fecha

Firma del padre, tutor o representante personal

Fecha

(Si está firmando como representante personal de una persona, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona, por ejemplo, poder, representante de atención médica, etc.)

www.nnhidaho.com 2463 East Gala St Suite 100, Meridian, Idaho 83642 Phone: (208) 955-7333 Fax: (208) 955-7330



Information for Clients/Consent to Treatment

Bienvenido a nuestra práctica. Agradecemos que nos brinde la oportunidad de ayudarlo. Este formulario ayudará a las respuestas a algunas preguntas que los clientes suelen hacer sobre cualquier práctica de terapia. Para nosotros es importante que sepa cómo trabajaremos juntos. Por favor, lea esto detenidamente y escriba cualquier pregunta que pueda tener para que podamos debatirlas en nuestra próxima reunión.

Pruebas

Esta evaluación incluirá la evaluación del funcionamiento intelectual, académico, de personalidad y / o emocional. No implicará ninguna psicoterapia, procedimientos médicos o tratamiento médico. Proporcionar información sobre su origen, familia y / o hijo se incluirá en una entrevista clínica. Hable con el terapeuta de prueba sobre los instrumentos específicos que se usarán y las tareas que se requerirán.

La información generada a partir de la entrevista clínica y los resultados de las pruebas se usarán para formular un informe escrito. Cuando el informe se haya completado, se programará una sesión de comentarios para compartir los resultados con el tutor y el niño, si corresponde. En la sesión de retroalimentación, se puede proporcionar información sobre el rendimiento de la prueba, las áreas de fortalezas y debilidades, diagnósticos, posibles modos de tratamiento y recomendaciones.

Nuestras tarifas actuales oscilan entre \$ 1450 y \$ 2250 por una batería completa; una batería completa varía según la naturaleza del problema presentado y la información solicitada. Si tiene alguna pregunta, hable con el terapeuta de prueba con respecto a su batería específica. La evaluación de prueba relativamente breve se facturará por hora, con tarifas por hora que oscilan entre \$ 145 y \$ 225. Las tarifas incluyen el tiempo dedicado al cliente, la sesión de comentarios y el tiempo necesario para calificar y escribir la evaluación. Nuestros servicios pueden ser parcialmente reembolsables en virtud de su plan de salud. En la mayoría de los casos, facturaremos directamente por los servicios prestados. La compañía de seguros nos enviará el pago directamente, pero usted será responsable de cualquier pago de coseguro, deducible y cualquier servicio que la compañía de seguros considere no cubierto. Por lo tanto, si por alguna razón, su compañía de seguros no paga la cantidad total esperada, la parte responsable deberá pagar el saldo. El pago se espera al momento de su primera cita. Hable con un miembro del personal de la oficina sobre los tipos de seguro que aceptamos.

Requerimos al menos 24 horas de aviso para una cancelación. Si la cita se cancela con un aviso de menos de 24 horas, esto se considerará una cancelación tardía. Después de recibir 2 cancelaciones tardías o no presentarse, se suspenderá la terapia de su hijo.

Terapia Ocupacional

Los servicios de terapia ocupacional se proporcionan dentro del alcance de la práctica de terapeutas ocupacionales con licencia. Estos servicios son necesarios para la evaluación y el tratamiento de deficiencias, discapacidades funcionales o cambios en la función física y el estado de salud; y el objetivo de mejorar la capacidad del individuo para realizar aquellas tareas requeridas para el funcionamiento independiente. La terapia ocupacional puede incluir la extracción de algunos artículos de ropa, la palpación (examen manual) de las partes del cuerpo y la observación cercana de las partes del cuerpo. Doy mi consentimiento para el uso de fotografías con fines educativos y de comparación postural durante la evaluación y la reevaluación.

El tratamiento será discutido antes de su aplicación y que en cualquier momento usted tiene el derecho de rechazar el tratamiento. No se me ha proporcionado ninguna seguridad o garantía con respecto a los resultados del tratamiento. Con cualquier tratamiento, puede haber riesgos.

En NNH, nuestro terapeuta ocupacional debe estar completamente al tanto de las condiciones médicas existentes de su hijo. Debe haber completado el formulario de historial médico y haber divulgado todas las afecciones médicas que lo afectan.

Requerimos al menos 24 horas de aviso para una cancelación. Si la cita se cancela con un aviso de menos de 24 horas, esto se considerará una cancelación tardía. Después de recibir 2 cancelaciones tardías o no presentarse, se suspenderá la terapia de su hijo.

Psicoterapia con un menor

Usted como padre / tutor tiene derecho a saber sobre el proceso de tratamiento. Estamos de acuerdo en que los terapeutas pueden hablar con los padres / tutores para conversar sobre cómo le está yendo a su hijo con la información general. Las cosas de las que se habló en las reuniones con el terapeuta son privadas. El terapeuta no les contará a los demás las cosas específicas que se le dijeron a él o ella. Él o ella no repetirá estas cosas a los padres / tutores, maestros, la policía, oficiales de libertad condicional o empleados de la clínica. Pero hay dos excepciones. En primer lugar, debido a la ley, el terapeuta le dirá a los demás lo que se ha dicho si el menor habla de lastimarse a sí mismo oa otra persona. El terapeuta tendrá que

decirle a alguien que pueda ayudar a proteger al menor o a la persona que el menor habló de herir. Segundo, si el menor es lastimado seriamente por alguien, este terapeuta tiene que informar a los Servicios de Protección Infantil y / o la policía local para la protección del menor. Los padres / tutores tienen el derecho de preguntar sobre otros tratamientos para la condición del niño y los posibles riesgos y beneficios. Si en algún momento desea recibir la opinión de otro profesional o desea consultar con otro terapeuta, lo ayudaremos a encontrar a alguien calificado y le proporcionaremos la información esencial que necesita. Cuando surgen problemas difíciles en la terapia, los niños a veces se sienten enojados, tristes o culpables. Si alguna de estas cosas se hace evidente, por favor menciónelos al terapeuta. Anime al niño a hablar directamente con el terapeuta y formule cualquier pregunta que tenga sobre el tratamiento.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. La terapia a menudo implica discutir aspectos desagradables de la vida de su hijo. Su hijo puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, soledad e impotencia. La psicoterapia ha demostrado tener beneficios para quienes se comprometen con la terapia.

Nuestras primeras sesiones incluirán una evaluación de las necesidades y situaciones de su hijo. Después de la evaluación, el terapeuta podrá ofrecerle su impresión clínica. Usted y su hijo participarán en el proceso de planificación del tratamiento. La terapia implica un gran compromiso de tiempo, dinero y esfuerzo. Si en algún momento tiene dudas sobre la terapia proporcionada, le ayudaremos con las fuentes de referencia.

_____ INITIAL

ENTIENDO QUE MI TERAPEUTA, MÉDICO O ENTRENADOR DE ENFERMERÍA NO ESTARÁ INVOLUCRADO EN ACTIVIDADES ORIENTADAS A LA CORTE, INCLUIDA LA TESTIFICACIÓN EN MATERIA DE CUSTODIA. ES LA POLÍTICA DE SALUD NEURO-CONDUCTUAL NOROESTE APOYAR AL CLIENTE TERAPÉUTICAMENTE Y NO ENTRAR EN PROCEDIMIENTOS LEGALES. NORTHWEST NEUROBEHAVOURAL HEALTH NO OFRECE NINGUNA EVALUACIÓN DE CUSTODIA O SERVICIOS DE ESTUDIO EN EL HOGAR. LOS MEDICOS, EN SU PAPEL COMO TERAPEUTAS O PROVEEDORES MÉDICOS DE SALUD NEURO-CONDUCTUALES DEL NOROESTE, NO DAN OPINIONES O RECOMENDACIONES LEGALES CON RESPECTO A LA CUSTODIA O CUESTIONES DE CUSTODIA. EN EL EVENTO DESIGUAL QUE UN TERAPEUTA, MÉDICO O ENFERMERO ES SUGERIDO COMO TESTIGO POR UN JUEZ, LOS HONORARIOS PARA LA PARTE SOLICITANTE SERÁN FACTURADOS A \$ 200 POR HORA PARA UN TERAPEUTA Y \$ 400 POR HORA PARA UN MÉDICO O ENTRENADOR DE ENFERMERÍA, CON UN MÍNIMO CUATRO COSTOS. DICHAS CUOTAS NO SON FACTURABLES AL SEGURO Y SE DEBEN MÍNIMO DE UNA SEMANA ANTES DE LA APARICIÓN DEL TRIBUNAL PROGRAMADO. LAS TARIFAS NO SON REEMBOLSABLES, A PESAR DE CUALQUIER CANCELACIÓN HECHA EN EL PLAZO DE 24 HORAS.

La Seguridad

Northwest Neurobehavioral Health, LLC prohíbe estrictamente la presencia de los siguientes artículos en el local: - Armas de fuego - Alcohol y / o drogas ilícitas. Si alguien tiene estos artículos, se le pedirá que se vaya y se podrá contactar al personal de emergencia. Mantenga a sus hijos, incluidos los no clientes, dentro de su vista en todo momento. No permita que su hijo salga de las instalaciones sin usted.

En caso de incendio u otra emergencia, diríjase a la salida más cercana y reúnase en el lugar indicado en el mapa de Fuego. Por favor, escucha al personal para obtener instrucciones adicionales. Si se ve a su hijo en el momento de la emergencia, su médico lo recibirá a usted, a su hijo, en el lugar indicado anteriormente.

Salud

En un esfuerzo por minimizar el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas entre los clientes y el personal de NNH, se requiere la cancelación de citas en caso de enfermedad infecciosa. Los miembros del personal notificarán al supervisor y al Director de Operaciones sobre la exposición o infección conocida con enfermedades transmisibles generales (que incluyen, entre otras, influenza, meningitis, paperas, tos ferina, sarampión, difteria, piojos, varicela y tuberculosis), y ver a un proveedor médico para desarrollar un plan que minimice el riesgo de que otros se infecten. Los empleados y / o clientes se verán temporalmente restringidos de la clínica si están infectados con enfermedades respiratorias contagiosas o enfermedades contagiosas. Se les permitirá volver a la clínica después de que hayan sido autorizados por un médico o hayan pasado 24 horas sin síntomas de ningún tipo (fiebre, vómitos, sarpullido, etc.). Cuando sea necesario, el Director de Operaciones se comunicará con los funcionarios de salud pública con respecto a la exposición a enfermedades infecciosas. La lista de enfermedades reportables de Idaho se utilizará para obtener más información. Usted y / o su hijo pueden regresar a la clínica cuando permanezca asintomático durante un período de 24 horas. Consentimiento

Su firma a continuación significa que ha sido informado y comprende los servicios que se recibirán; beneficios esperados y riesgos potenciales de recibir esos servicios; su derecho a rechazar servicios; y que se le proporcionarán formas alternativas de servicios disponibles a través de recursos de referencia, si así lo solicita. Además, su firma indica que acepta cumplir con los términos de este documento.

Consentimiento

Su firma a continuación significa que ha sido informado y comprende los servicios que se recibirán; beneficios esperados y riesgos potenciales de recibir esos servicios; su derecho a rechazar servicios; y que se le proporcionarán formas alternativas de servicios disponibles a través de recursos de referencia, si así lo solicita. Además, su firma indica que acepta cumplir con los términos de este documento.

Firma del cliente	Fecha
-------------------	-------

Firma del padre / tutor	Relacion	Fecha
-------------------------	----------	-------

Firma del Médico	Fecha
------------------	-------

2463 East Gala St Suite 100, Meridian, Idaho 83642 Teléfono: (208) 955-7333 Fax: (208) 955-7330

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Este aviso entra en vigencia el 10 julio de 2020

Su firma a continuación acepta que ha leído esta información y acepta cumplir sus términos.

Firma de Cliente

Fecha

Firma Del Padre / Tutor

Relacion

Fecha

Firma Del Terapeuta

Fecha



REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha _____

USE LETRA IMPRENTA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Nombre del Paciente (Apellido – 1er Nombre – Inicial 2do Nombre)		Dirección		
Ciudad, Estado		Código Postal	Teléfono de Casa	Teléfono Celular
Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado Matrimonial <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del Empleador del Paciente/Padres	Dirección de Empleador del Paciente/Padres (Calle – Ciudad – Estado-Zip)			Teléfono del Empleador
Información del Tutor/Guardián, si el paciente es menor de edad		Relación del Paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (Explique)		
Nombre Completo		Dirección (Si es diferente del paciente)		
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Teléfono del Trabajo	Empleador
INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO				
Seguro Primario	Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento del Asegurado	
Número de Grupo	Número de Identificación		Cantidad de Pago	
Seguro Secundario	Nombre del Asegurado		Fecha de Nacimiento del Asegurado	
Número del Grupo	Número de Identificación		Cantidad de Pago	
Médico Primario o Médico Familiar Nombre/Número/Fax			Farmacia – Nombre/Número/Fax	
Contacto de Emergencia			Relación	Número de Teléfono

Autorización y Liberación: Autorizo a Northwest Neurobehavioral Health, LLC, a compartir cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos y solicitar los beneficios de mi parte sobre los servicios para Northwest Neurobehavioral Health. Yo confirmo que la información del seguro es correcta y entiendo que los servicios serán mi responsabilidad cuando el seguro no los cubra. También entiendo que cualquier pago que yo debo tendría que realizarlo **al momento del servicio**.

Firma (Paciente, o, si menor de edad firma del padre o guardián)

Fecha

Por los programas de asistencia federal, es una obligación solicitar esta información como parte de los datos demográficos que se colectan. Las personas deben indicar una o más razas y origen étnico que se mencionan entre los siguientes, o usted puede negarse a especificar.

 Origen Étnico Descendencia Hispano Latino No Hispano

Raza: Descendencia

 Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Afro Americano Hawaiano Nativo u Otras islas del Pacífico Americano

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo entiendo que:

- Cuando Northwest Neurobehavioral Health LLC, revele información sobre mi salud por mi pedido, no garantiza que el recipiente de esa información no revelará nuevamente mis datos de salud a terceros. El tercero no está obligado a acatar esta autorización o a las leyes federales y estatales que regulan el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Puedo solicitar por escrito en cualquier momento para revisar y obtener una copia de mi historial de salud médica archivado en esta instalación conforme a la Regla de Privacidad Federal 45 CFR (164.524).
- Mis archivos están protegidos y no pueden divulgarse sin autorización por escrito
- Esta autorización permanecerá en efecto hasta que se reciba notificación escrita de revocación en el Departamento de registro médico

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Correo Electrónico

Si firmada por el Representante Legal, Relación con el Paciente

Firma del Testigo (Opcional):



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Proveedor De Atención Primaria

Yo autorizo a Northwest Neurobehavioral Health, LLC a REVELAR Y RECIBIR (marque uno o ambos) registros para:

Nombre del paciente / cliente: _____	DOB: _____
Para / de Nombre de Doctor: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Fax: _____

La siguiente información: [Marque todo lo que corresponda]

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación inicial / CDA | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos / notas de progreso | <input type="checkbox"/> Presencia / Participación en el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Plan (es) de tratamiento | <input type="checkbox"/> Evaluación (indique el tipo de evaluación) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Estudios clínicos que incluyen: Laboratorio, EKG's, CT Scan, MRI Resultados | |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y físico | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | |

Condiciones: entiendo que Northwest Neurobehavioral Health, LLC no condicionará mi tratamiento sobre si otorgo autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que la falta de firma de esta autorización puede tener consecuencias que incluyen, entre otras, el impacto en el resultado de la atención coordinada.

Tenga en cuenta que los registros médicos pueden contener información confidencial que incluye, entre otros: Alcohol, Drogas, Salud Mental, VIH / SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

Propósito: El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando corresponda, coordinar los servicios de tratamiento.

Revocación: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Northwest Neurobehavioral Health, LLC al 2463 East Gala St Suite 100, Meridian, Idaho 83642. Además, entiendo que la revocación de la autorización no es efectiva en la medida en que ya se haya tomado acción en virtud de la autorización.

Forma de divulgación: a menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de la manera que consideremos apropiada y coherente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a, verbalmente, en formato papel o electrónicamente.

Reexpedición: entiendo que existe la posibilidad de que la información de salud protegida revelada conforme a esta autorización pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y la información de salud protegida ya no estará protegida por las normas de privacidad de HIPAA, a menos que se aplique una ley estatal que sea más estricto que HIPAA y proporciona protecciones de privacidad adicionales.

Vencimiento: a menos que se revoque antes, esta autorización vence en la siguiente fecha: _____, o de lo contrario indicado: _____.

Firma del paciente / cliente (si tiene más de 14 años de edad)

Fecha

Firma del padre, tutor o representante personal

Fecha

(Si está firmando como representante personal de una persona, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona, por ejemplo, poder, representante de atención médica, etc.)

www.nnhidaho.com 2463 East Gala St Suite 100, Meridian, Idaho 83642 Phone: (208) 955-7333 Fax: (208) 955-7330



Consentimiento Informado de ICANS

Yo, _____ (*nombre del padre*), soy el padre o tutor legal de

(*nombre del cliente menor de edad*).

He recibido un folleto que explica cómo ICANS es un sistema electrónico seguro de la salud utilizado para administrar la evaluación del ICANS y poner los resultados a disposición de los proveedores que participan en el sistema ICANS.

Autorizo a la siguiente agencia _____ (*nombre del proveedor, agencia u organización*) para revelar, usar, recibir, intercambiar, comunicar y divulgar información con el sistema ICANS, y con agencias o usuarios autorizados con acceso a ICANS.

¿QUIÉN PUEDE REVELAR LA INFORMACIÓN? La agencia que he nombrado en la parte superior de este formulario puede revelar información de salud protegida a ICANS.

¿QUÉ PUEDE REVELARSE? Al firmar este consentimiento, entiendo que la información de salud protegida o registros se compartirán, utilizarán, divulgarán, recibirán, comunicarán o intercambiarán mutuamente, por o entre cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización. Entiendo que esta información puede incluir material protegido bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de los pacientes de abuso de alcohol y drogas, parte 2 del título 42 del CFR; la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), las partes 160 y 164 del título 45 del CFR; y la Ley de Medicaid, subparte F de la parte 431 del título 42 del CFR. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a alguien y volver a revelar los registros relativos a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

PROPÓSITOS.

Entiendo que esta autorización le permitirá a mi equipo de tratamiento planificar y coordinar los servicios que necesito y permite que cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización se involucre activamente en mi caso, la coordinación, la evaluación, el tratamiento, la planificación, o los procedimientos legales. Por medio de la presente, solicito y doy mi permiso para un intercambio abierto de información a, por o entre cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización.

REVOCACIÓN.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento informado en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción haya sido tomada en base a la misma y que, en cualquier caso, esta autorización expira automáticamente como se indica en cada elemento de divulgación identificado anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá el mismo vigor y efecto que tiene el original.

VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha en que el Cliente Menor de Edad y el Padre o Tutor Legal lo firmen.

CONSENTIMIENTO.

Entiendo que mi información no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que las leyes dispongan lo contrario, y que se cumplirán las federales y de Idaho al usar y divulgar mi información de ICANS.

Al firmar este formulario, autorizo a los proveedores que evalúan o tratan a mi hijo o pupilo a proporcionar la información de mi hijo o pupilo al ICANS. Entiendo que no firmar esta autorización puede limitar la determinación de elegibilidad, la inscripción, o el tratamiento para mi hijo o pupilo.

He leído este consentimiento informado o me han leído o explicado este consentimiento informado y entiendo el propósito de la divulgación de la información. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.

Firma legal completa del menor de edad o del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha
Firma legal completa del padre o el tutor legal <i>(requerida si el cliente es menor de 16 años de edad, pero solo después de haber firmado el cliente).</i>	Relación con el cliente	Fecha
Firma legal completa del testigo (empleado de la agencia)	Nombre de la agencia de iniciación	Fecha