Arlene M. Martinez-Delio

Diplomat of the American Board of Psychiatry & Neurology

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____Cuidad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Teléfono: _____Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Patrón/título del trabajo: _____, Desabilitado, Desempleado, Estudiante, Sexo: M or F,

Contacto De Emergencia_____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nivel máximo de Educación **(circulé uno),** primaria, secundaria, GED, alguna Universidad, Bachillerato o grado post universitario.

Estado civil: **(circulé uno),** soltero casado divorciado viuda separado

Número de niños _____ Edades: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Médico de cabecera: _____ **Alergias a drogas:** _____

¿POR QUÉ ESTÁ USTED AQUÍ HOY? (**Circule uno o más)**, ansiedad, depresión, carencia del foco, ataques del pánico, tensión, droga adicción otro; _____,

HISTORIAL MÉDICO: (**Circule uno o más),** Tensión arterial alta, diabetes, la fibromialgia, tiroides, historia del cáncer, dolor crónico, colesterol, dolores de cabeza, otro: _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS: (circule) Apéndice, Histerectomía, Senos, Próstata, Amígdalas, Cáncer, Tiroides, Gástrico Bypass, _____

¿QUÉ MEDICINAS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE? (use detrás del papel si es necesario_____

¿Has tenido tratamiento Psiquiátrica anteriormente? (C**irculé)** Si, No, AA, IOP, PHP, Hospital, OP, Otro medico
Cuando y donde: _____

¿Ha tratado usted de cometer suicidio? (**Circulé uno)** Sí No
Cuándo y cómo: _____

HISTORIAL DE ANTECEDENTES FAMILIARES: (**Circule uno o más),** Ansiedad, depresión, carencia del foco, ataques del pánico, tensión, uso de droga, tensión arterial alta, diabetes, Fibromialgia, tiroides, historia de cáncer, dolor crónico, colesterol, dolores de cabeza, otro: _____

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS: (**Circule uno o más),** fumador, alcohol, cocaína, marihuana, heroína, píldoras del dolor, ácido, LSD, otro; _____

¿USTED HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTES? (**Circule uno o más),** SÍ, NO, AA/NA, Rehab, terapia, consejería, terapia marital, otro_____

HISTORIAL DE ABUSO: (**Circule uno o más)** Abuso emocional abuso físico abuso sexual

HISTORIAL LEGAL: (**Circule uno o más)** ningunos libertad condicional delito menor crimen cárcel prisión
DUI? Sí No Cuando _____ (año) El DUI está resuelto? Sí No

*****18958 N Dale Mabry Hwy Ste 102 Lutz, FL 33548-4911*****
Phone: (813) 839-7390 Fax: (813) 333-5994
Email: arleneoffice@gmail.com

Arlene M. Martinez-Delio
Diplomat of the American Board of Psychiatry & Neurology

Plan Medico y Persona(s) Responsable

Por favor de presentar su tarjeta de identificación y de seguro para tener una copia para nuestros record

Nombre de la persona que se va a ser responsable de su cuenta financiera: _____
Relación: Paciente Esposo(a) Dependiente
Seguro Primario: _____
Numero de Póliza: _____ Numero del Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorización Para Divulgar Información y el Reconocimiento de la Responsabilidad Financiera

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relativa a todas las solicitudes de prestaciones presentadas en nombre de mí mismo y / o dependientes. Yo, además, expresamente reconozco y acepto que mi firma en este documento autoriza la Dra. Arlene Martinez-Delio y / o representante, para presentar las solicitudes de prestaciones, por los servicios prestados o por servicios a ser prestados, sin necesidad de obtener mi firma en todas y cada una reclamación que se presentará para mí y / o dependientes, y que voy a estar obligado por esta firma como si el firmante había firmado personalmente el reclamo en particular.

Por la presente autorizo a las compañías de seguros de arriba para pagar y asigno directamente a Arlene M. Martínez-Delio, MD, todos los beneficios, en su caso, de lo contrario pagaderos a mi por sus servicios como se describe en los formularios adjuntos. Además, reconozco que los beneficios del seguro, cuando son recibidos y pagados al proveedor antes mencionado será acreditado a mi cuenta, de acuerdo con la asignación anterior. Estoy de acuerdo en pagar mi co-pago y / o otras balances de pacientes, debido según lo determinado por mi póliza en el momento en que son prestados.

Yo entiendo que mientras que la práctica hace todo lo posible para asegurar que todos los requisitos para el pago de reclamaciones se cumplen, las limitaciones o exclusiones pólizas puede resultar en cargos no reembolsados. Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por mi cobertura de seguro y que un cargo financiero de 1.5% por mes se evaluará en todos los saldos adeudados de pacientes de más de 30 días.

Autorización para divulgar información

Yo voluntariamente autorizo a Arlene M. Martinez, MD a divulgar toda mi información pertinente a mis record de salud mental a los individuos mencionados adelante. Entiendo que por esta autorización los individuos adelante mencionados pueden discutir con mi proveedor mi tratamiento o información relacionada a mi record medico sin mi presencia. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con una notificación escrita para cada uno de los individuos mencionados. Entiendo que estoy autorizando a divulgar información confidencial y privilegiada que están protegidos por la ley Federal y regulaciones de la Florida.

PCP_____ _____ _____

_____ _____ _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación: _____

*****18958 N Dale Mabry Hwy Ste 102 Lutz, FL 33548-4911*****
Phone: (813) 839-7390 Fax: (813) 333-5994
Email: arleneoffice@gmail.com

Arlene M. Martinez-Delio
Diplomat of the American Board of Psychiatry & Neurology

Cancelación de Cita Y Contrato de substancias Controladas

Todas cancelaciones tienen que ser hechas con anticipación de 24 horas. Si usted no se aparece a la cita o no cancela con anticipación, **se les cobrara un cargo de $50.00 por visita.** Si usted acumula 3 cancelaciones o 3 visitas sin asistir le enviaremos una carta desalojando los del tratamiento de la doctora. Los planes médicos no les reembolsaran el dinero por citas pérdidas ni canceladas. **A usted no se le enviara una factura por las citas canceladas con 24 horas de anticipación**

Si usted está usando alguna substancia controlada, debe acceder a lo próximo

Tomar la medicina como indicada. No compartirla con otros. Ne venderlas en la calle.

No mezclarla con Alcohol ni otras drogas. Entiendo que es peligroso y puede causarme la muerte.

No hare a la Dr. Martínez responsable, ni medicamente ni legalmente, por mi comportamiento si yo decido mezclar drogas con alcohol. Entiendo que esto puede causarme hasta la muerte de yo hacer esta combinación de químicos. Acepto tratar de resolver controversias por medio de Mediación y no por demanda civil no medica. Estoy me incluye a mí y a mi herederos de yo romper este contrato legal con la doctora.

No exigir recetas adelantadas a mi cita. La doctora me puede dar de alta si ella sospecha que yo abuso de estas medicinas para mi propia protección.

Seré chequeado en el sistema de “Florida Query”, a ver si estoy yendo a otros médicos a conseguir recetas.

Comportarme con respeto hacia los empleados de Suncoast y hacia otros pacientes.

Venir a sus citas como indicadas. Hacer orinas para drogas varias veces anuales a discreción del Doctor.

De no seguir estos mínimos requerimientos, será dado de alta de nuestra clínica.

_____ _____
Firma del Paciente/ Padre Fecha

_____ _____
Firma del Testigo Fecha

*****18958 N Dale Mabry Hwy Ste 102 Lutz, FL 33548-4911*****
Phone: (813) 839-7390 Fax: (813) 333-5994
Email: arleneoffice@gmail.com

Arlene M. Martinez-Delio
Diplomat of the American Board of Psychiatry & Neurology

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____ voluntariamente solicito la evaluación de diagnóstico y tratamiento médico, que puede incluir individuos, familias, parejas y terapias de grupo, administración de medicamentos, consultas, educación, y la derivación a otros recursos comunitarios,

1. Mi participación en el tratamiento es voluntario y que lo puedo dejar en cualquier momento.
2. Los riesgos y beneficios fueron discutidos conmigo.
3. El propósito del tratamiento fue discutido conmigo. Otras alternativas también se discutieron.
4. Que no hay garantías de mejoramiento con estos tratamientos.
5. Los medicamentos recetados tienen altos riesgos y algunos efectos son irreversibles y pueden causar hasta la muerte. Acepto tratar de resolver controversias por medio de Mediación y no por demanda civil no medica. Estoy me incluye a mí y a mi herederos.

Mi firma abajo certifica mi entendimiento y la aceptación de la intención de este consentimiento informado.

AVISO DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO PRÁCTICAS

Entiendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información será usada para

1. Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que puedan estar involucrados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
2. Llevar a cabo las operaciones normales de salud, tales como evaluaciones de la calidad y las certificaciones médicas.
3. Obtener pagos de terceras entidades como planes médicos.

He recibido, leído y entendido la notificación de prácticas de privacidad que contienen una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que Arlene M. Martínez-Delio, MD, tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puede ponerse en contacto con esta organización en cualquier momento a la dirección antes mencionada para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo mi información privada sea utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que no están obligados a cumplir con mis restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo entonces están obligados a cumplir con tales restricciones.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha:_____

*****18958 N Dale Mabry Hwy Ste 102 Lutz, FL 33548-4911*****
Phone: (813) 839-7390 Fax: (813) 333-5994
Email: arleneoffice@gmail.com

Arlene M. Martinez-Delio
Diplomat of the American Board of Psychiatry & Neurology

Póliza y Cargos

Todo balance o cargos por servicios tienen que ser pagado antes o a la hora de su cita. Si usted tiene beneficios de seguro con una compañía con la cual Dra. Martínez es un proveedor participante, vamos a hacer todo lo posible para obtener información sobre los beneficios antes de su cita y le haremos saber por adelantado la cantidad que usted tendrá que traer con usted. Vamos a presentar las solicitudes de sus servicios y su compañía de seguros pagará sus beneficios directamente a la Dra. Martínez. Sin embargo, es responsable de pagar su copago, co-seguro y / o cualquier deducible cuando los servicios son prestados. Si usted no puede pagar su parte en el momento de su cita, se le cambara su cita. Si se requiere autorización previa de su compañía de seguros, por favor póngase en contacto con ellos antes de su cita para obtener las autorizaciones necesarias. Si su compañía de seguros no ha emitido las autorizaciones necesarias antes de la hora de su cita, su cita se le cambiara. Cancelaciones y solicitudes de citas se manejan durante las horas normales de negocio. (Lunes - Viernes de 9:00 am a 5:00 pm) Por favor no llame a la línea de emergencia para estos servicios. TODAS las solicitudes de cita y / o cambios en los medicamentos que se realizan durante una cita en la oficina. No vamos a llamar a las prescripciones o aceptar llamadas o faxes desde la farmacia para sus prescripciones. La Dr. Martínez no hará que las llamadas a su compañía de seguros para medicamentos que no están en lista del formulario del seguro. Sin embargo, ella con mucho gusto va a sustituir los medicamentos recetados por un equivalente en la lista del formulario de seguro. Si una autorización previa solicitada por usted, habrá una cuota por este servicio**. Si usted está en una situación de emergencia, por favor vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911**. Si usted tiene una necesidad urgente fuera del horario, por favor llame a la línea 813-500-0200**. DEJE UN MENSAJE**. Esta línea es solamente para preguntas que no puedan esperar a horas laborables, y no para cita ni para situaciones de emergencia**, vaya a una sala de emergencia si es necesario**. Si la llamada dura más de 5 minutos y la doctora no considera la llamada ser urgente, se le cobrará por hora y no están cubierto por ningún seguro.

Muchos de los planes médicos solo cubren una visita al mes para manejo de recetas. Si usted necesita más tiempo para discutir FMLA, seguro social, Inmigración, papeles de incapacidad, por favor, déjenos saber antes de su cita para poder darles más tiempo. Se les cobrara, de adelantado la tarifa mínima en bloques de 15 minutos. Los cargos son los siguientes:

Efectivo 1 de Marzo 2019.

Diagnóstico inicial……	$ 360.00
La psicoterapia individual w / maneja miento de medicamento (40-50min)…….....	$ 320.00
La psicoterapia individual w / manejo de medicación (20-30min)…….....	$ 200.00
Manejo de la medicación (15-20min).....	$ 160.00
* Conferencia de Teléfono……	...$ 130.00
La cancelación de última hora y no presentarse	$ 50.00
Autorización previa para medicamentos	$ 30.00
Prueba de Droga y otros exámenes ……..	$ 60.00
Solicitar Documentos…….....	pregunte.

* La mayoría de los servicios no pueden ser manejados a través del teléfono. La Dra. Martínez se reserva el derecho a determinar si el servicio que está solicitando puede ser manejado vía telefónica o si usted necesita ser visto en persona.
Yo he leído y entendido estas pólizas y han sido notificados de todos los cargos aplicables para los servicios.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____

*****18958 N Dale Mabry Hwy Ste 102 Lutz, FL 33548-4911*****
Phone: (813) 839-7390 Fax: (813) 333-5994
Email: arleneoffice@gmail.com