The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208 - (844) 495-4357

Registro y consentimiento de adultos

Puede completar esto en papel, o en línea.

¿Dónde está su hogar permanente?

[ ] Washington [ ] California [ ] Idaho [ ] Otro estado

Información del paciente

Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Otro teléfono: _____
Correo: _____ Idioma que prefiere: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Seguro / reclamo (si aplica)

Seguro: _____ N.º de reclamo: _____ Fecha de lesión: _____
Empleador: _____ Administrador del reclamo: _____ Representante legal: _____

¿Por qué necesita ayuda?

Motivo: _____
¿Tiene problemas médicos?: _____ ¿Tiene alergias?: _____
¿Qué medicinas toma?: _____
¿Ayuda de salud mental antes / hospital / trató de hacerse daño?: _____
¿Usa alcohol?: _____ ¿marihuana?: _____ ¿tabaco/vape?: _____ ¿otras drogas?: _____

Telesalud

Sus citas normalmente son por video seguro. Debe decirnos dónde está en cada cita. La telemedicina no es un servicio de emergencia. En una crisis llame o envíe texto al 988, o llame al 911.
[ ] Entiendo y acepto recibir atención por telemedicina.

Uso de herramientas de AI que cumplen con HIPAA

Usamos herramientas de AI que cumplen con HIPAA como parte de nuestro trabajo. Pueden escuchar su cita y ayudar a escribir notas. La AI no reemplaza a su proveedor, no decide diagnóstico ni receta, y puede cometer errores; su proveedor revisa la información y es responsable de su atención. Debe aceptar para recibir atención regular. Puede quitar su permiso en el futuro.
[ ] Entiendo y acepto el uso de herramientas de AI que cumplen con HIPAA, incluyendo que escuchen y procesen mi visita.

Tratamiento

Acepto recibir atención de salud mental. Puede incluir evaluación, diagnóstico, recetas, psicoterapia, pruebas y referencias. No se puede prometer que funcionará.
[ ] Acepto recibir atención.

Medicinas

Tome su medicina como le indicó su proveedor. Pida más antes de que se termine. A veces necesita una cita antes. Su proveedor decide qué medicina es segura.
[ ] He leído esto.

Mensajes de texto (opcional)

Podemos enviar recordatorios a su teléfono. Puede haber cargos. Escriba STOP para dejar de recibir.
[ ] Acepto recibir mensajes de texto. (Opcional - no es necesario para recibir atención.)

Regla de pagos

Cuando corresponde, enviamos la cuenta a su seguro. Es posible que pague copagos, deducibles u otros costos que su seguro no pague, cuando la ley y su plan lo permitan.
[ ] Entiendo la regla de pagos.

Citas perdidas

Cancele por lo menos 24 horas antes. Si falta o cancela tarde, puede haber un cargo de $100 (primera cita) o $75 (seguimiento). El seguro normalmente no paga esto.
[ ] Entiendo esta regla.

Privacidad

Protegemos su información como lo exige la ley. Le daremos nuestro Aviso de Privacidad.
[ ] Confirmo el Aviso de Privacidad.

Cuando termina su atención

Usted o la oficina pueden terminar la atención cuando sea apropiado. Cuando sea necesario, le damos aviso y le ayudamos a buscar otro proveedor. Si es seguro y permitido, podemos darle medicina por un tiempo limitado.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____
Firma: _____ Fecha: _____