The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208 · (844) 495-4357 · info@psychiatrygroup.com

AI-Assisted Care Disclosure & Consent · Раскрытие и согласие на ИИ

Use of HIPAA-Compliant AI Tools · Использование инструментов ИИ (HIPAA)

The Psychiatry Group uses HIPAA-compliant artificial intelligence (AI) tools as part of our normal clinical workflow. These tools may listen during your visit and process the conversation to help create a transcript, prepare a draft clinical note, organize information, or assist with other clinical and administrative work. AI does not replace your provider. AI does not independently diagnose you, prescribe medication, or make treatment decisions. AI can make mistakes; your provider remains responsible for your care and for reviewing the clinical information used to make treatment decisions. Because these tools are an integral part of how our practice provides care, agreeing to their use is required to receive routine care from The Psychiatry Group.

The Psychiatry Group использует инструменты искусственного интеллекта (ИИ), соответствующие требованиям HIPAA, как часть нашего обычного клинического процесса. Эти инструменты могут слушать во время вашего приёма и обрабатывать разговор, чтобы помочь создать расшифровку, подготовить черновик клинической записи, систематизировать информацию или помогать в другой клинической и административной работе. ИИ не заменяет вашего врача. ИИ не ставит диагноз самостоятельно, не назначает лекарства и не принимает решения о лечении. ИИ может допускать ошибки; ваш врач остаётся ответственным за ваше лечение и за проверку клинической информации, используемой для принятия решений. Поскольку эти инструменты являются неотъемлемой частью того, как наша клиника оказывает помощь, согласие на их использование необходимо для получения планового лечения в The Psychiatry Group.

☐ **I understand and agree to the use of HIPAA-compliant AI tools, including ambient listening and processing of my visit.**

☐ **Я понимаю и согласен(на) на использование инструментов ИИ (HIPAA), включая фоновое прослушивание и обработку моего приёма.**

Имя пациента / Patient name: _____ Дата рождения / DOB: _____

Подпись / Signature: _____ Дата / Date: _____

THE PSYCHIATRY GROUP

NO-SHOW AND LATE CANCELLATION FEE POLICY

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ НЕЯВКИ И ПОЗДНЕЙ ОТМЕНЫ ПРИЕМА

Effective Date: November 3, 2025
Дата вступления в силу: 3 ноября 2025 г.

Policy / Политика

At The Psychiatry Group, we strive to provide timely access to psychotherapy and psychiatry medication-management appointments. When a patient schedules an appointment and fails to attend without canceling at least 24 hours in advance, a reserved time slot goes unused, preventing other patients from receiving care and impacting our practice operations.

В The Psychiatry Group мы стремимся обеспечить своевременный доступ к психотерапии и приемам по контролю психиатрического медикаментозного лечения. Если пациент записывается на прием, но не приходит и не отменяет его как минимум за 24 часа, зарезервированное время остается неиспользованным, что лишает других пациентов возможности получить помощь и влияет на работу нашей клиники.

New-patient appointments / Первичный прием нового пациента

If the patient does not show and does not cancel more than 24 hours before the scheduled time, the patient will be charged a **$100 no-show fee**.

Если пациент не приходит на прием и не отменяет его более чем за 24 часа до назначенного времени, взимается **плата за неявку в размере $100**.

Follow-up appointments / Повторные приемы

For psychotherapy or psychiatry medication-management follow-up appointments, if the patient does not show and does not cancel more than 24 hours before the scheduled time, the patient will be charged a **$75 no-show fee**.

При повторном приеме по психотерапии или контролю психиатрического медикаментозного лечения, если пациент не приходит и не отменяет прием более чем за 24 часа до назначенного времени, взимается **плата за неявку в размере $75**.

- This policy applies to all scheduled psychotherapy and psychiatry medication-management visits. / Эта политика распространяется на все запланированные приемы по психотерапии и контролю психиатрического медикаментозного лечения.
- Patients who cancel within 24 hours or do not attend are subject to the fee. / Плата взимается при отмене менее чем за 24 часа до приема или при неявке.
- Insurance companies generally do not cover no-show fees. The patient is responsible for payment. / Страховые компании, как правило, не оплачивают сбор за неявку. Ответственность за оплату несет пациент.
- Payment is due before another appointment is scheduled unless alternative arrangements are made with the practice. / Плата должна быть внесена до записи на следующий прием, если с клиникой не согласованы другие условия.
- Repeated no-shows (e.g., more than 3 without sufficient notice) may result in inability to continue scheduling appointments at the provider's discretion. / Повторные неявки (например, более 3 без достаточного предварительного уведомления) могут привести к невозможности дальнейшей записи на прием по усмотрению врача.

Why this policy exists / Почему существует эта политика

It helps us respect the time of our providers, staff, and other patients; promotes fairness; and improves scheduling efficiency and access to care.

Эта политика помогает уважать время наших специалистов, сотрудников и других пациентов, обеспечивает справедливое использование времени приема и улучшает доступность медицинской помощи.

Implementation / Применение политики

Patients will be informed of this policy in writing when an appointment is booked. Appointment reminders will be sent by phone, text, or email according to standard practice. If a patient does not cancel more than 24 hours in advance and does not attend, the fee will be billed.

Пациенты получают письменное уведомление об этой политике при записи на прием. Напоминания о приеме направляются по телефону, SMS или электронной почте в

соответствии со стандартной практикой. Если пациент не отменяет прием более чем за 24 часа и не приходит на прием, ему выставляется соответствующий счет.

If the patient arrives late and the provider determines that there is insufficient time for the session to reasonably proceed, the appointment may be considered a no-show.

Если пациент опаздывает и врач определяет, что оставшегося времени недостаточно для полноценного проведения приема, такой прием может считаться неявкой.

Legal Basis — Washington State / Правовое основание — штат Вашингтон

Under Washington law, specifically WAC 296-20-010(6), a provider may bill a patient for a missed appointment ("no-show") if the provider has a missed-appointment policy that applies to all patients regardless of insurer or entitlement program and routinely notifies all patients of the policy.

В соответствии с законодательством штата Вашингтон, в частности WAC 296-20-010(6), медицинский специалист может выставить пациенту счет за пропущенный прием («неявку»), если действует политика в отношении пропущенных приемов, применяемая ко всем пациентам независимо от страховой компании или программы льгот, и все пациенты регулярно уведомляются об этой политике.

WAC 296-20-010 specifically applies in a workers' compensation/injured-worker context. This summary is for informational purposes only and does not constitute legal advice.

WAC 296-20-010 непосредственно относится к случаям производственных травм и компенсации работникам. Данное разъяснение предоставляется исключительно в информационных целях и не является юридической консультацией.

Acknowledgment / Подтверждение ознакомления

By scheduling an appointment at The Psychiatry Group, you acknowledge that you have read, understood, and agree to abide by this no-show/late-cancellation policy.

Записываясь на прием в The Psychiatry Group, вы подтверждаете, что прочитали и поняли настоящую политику в отношении неявки и поздней отмены приема и соглашаетесь ее соблюдать.

First Name / Имя: _____

Last Name / Фамилия: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

E-Signature / Электронная подпись: _____

Date / Дата: _____

VIRTUAL VISIT INSTRUCTIONS

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ВИРТУАЛЬНОГО ПРИЕМА

Welcome to Psychiatry Group — Dr. Malik's Office!
Добро пожаловать в Psychiatry Group — кабинет доктора Малика!

We're looking forward to supporting you in your mental health journey. You've been scheduled for a virtual appointment with one of our providers. Please let our office know if you do not have a smartphone or webcam.

Мы рады возможности оказать вам помощь в вопросах психического здоровья. Вам назначен виртуальный прием у одного из наших специалистов. Пожалуйста, сообщите нам, если у вас нет смартфона или веб-камеры.

We have offices in Spokane, Kennewick, Everett, Kent, Mt. Vernon, Yakima, Renton, Sacramento (California), and Post Falls (Idaho).

У нас есть офисы в Spokane, Kennewick, Everett, Kent, Mt. Vernon, Yakima, Renton, Sacramento (California) и Post Falls (Idaho).

Complete your new-patient paperwork at least **48 hours before your appointment**.

Пожалуйста, заполните документы нового пациента как минимум **за 48 часов до приема**.

Please initial each blank space to verify that you have read and understood each step. For the language box, enter the language you are most comfortable speaking.

Поставьте свои инициалы в каждом соответствующем поле, подтверждая, что вы прочитали и поняли каждый пункт. В поле языка укажите язык, на котором вам удобнее всего общаться.

1. Confirm Your Appointment / Подтвердите прием

You'll receive a video link by text, or by email upon request. Please confirm your appointment when you receive it.

Вы получите ссылку на видеоприем по SMS или, по запросу, по электронной почте. Пожалуйста, подтвердите прием после получения сообщения.

Initials / Инициалы: _____

2. Complete Your New Patient Forms / Заполните формы нового пациента

Use the link we sent to complete patient information, mental health history/WHODAS forms, consent to treat, and office policies.

Воспользуйтесь отправленной вам ссылкой, чтобы заполнить информацию о пациенте, психиатрический анамнез/формы WHODAS, согласие на лечение и документы о правилах клиники.

Initials / Инициалы: _____

Language Preference / Предпочтительный язык

Please enter the language you are most comfortable speaking. If you need an interpreter for your appointment, we are happy to provide one.

Укажите язык, на котором вам удобнее всего общаться. Если для приема вам нужен переводчик, мы готовы его предоставить.

Preferred Language / Предпочтительный язык: _____

Interpreter Needed / Требуется переводчик: [ ] Yes / Да [ ] No / Нет

3. Test Your Device / Проверьте свое устройство

Make sure you have:

- A phone, tablet, or computer with a camera and microphone / Телефон, планшет или компьютер с камерой и микрофоном
- A strong internet connection / Стабильное подключение к интернету
- A quiet, private space / Тихое уединенное место

Tip: Use headphones for better sound and privacy.

Совет: используйте наушники для улучшения качества звука и обеспечения конфиденциальности.

If you do not have a suitable device, you can come to one of our clinic locations and use a private room with a clinic device. Call or text ahead to reserve a space: **(844) 495-4357 or (509) 618-0660.**

Если у вас нет подходящего устройства, вы можете прийти в один из наших офисов и воспользоваться оборудованием клиники в отдельной комнате. Чтобы заранее зарезервировать место, позвоните или отправьте сообщение: **(844) 495-4357 или (509) 618-0660.**

Initials / Инициалы: _____

4. Get Ready 10 Minutes Before Your Visit / Подготовьтесь за 10 минут до приема

Be in a private space. Actively driving during your visit is not allowed. Have your photo ID, medication list, and any questions ready.

Находитесь в уединенном месте. Управлять автомобилем во время приема запрещено. Подготовьте удостоверение личности с фотографией, список лекарств и вопросы, которые вы хотите задать.

Initials / Инициалы: _____

5. Join the Visit / Подключитесь к приему

Click the video link 5–10 minutes before your appointment. Allow camera and microphone access. Your provider will join you shortly.

Перейдите по ссылке на видеоприем за 5–10 минут до назначенного времени. Разрешите доступ к камере и микрофону. Специалист вскоре подключится к приему.

If disconnected, call / При разрыве соединения звоните: **509-618-0660**

Initials / Инициалы: _____

6. After the Visit / После приема

Your provider may send prescriptions to your pharmacy, recommend follow-up visits or therapy, or ask staff to contact you for scheduling.

Врач может направить рецепты в вашу аптеку, рекомендовать повторные приемы или психотерапию либо попросить сотрудников связаться с вами для записи.

Questions / Вопросы:
(844) 495-4357
(509) 618-0660
info@psychiatrygroup.com
Manager / Менеджер: jennifer.leija@psychiatrygroup.com

Initials / Инициалы: _____

I understand the process for virtual appointments at Psychiatry Group and agree to contact the office at least 48 hours in advance if I need to change my appointment. I understand that I have been provided with the necessary resources to contact the clinic with questions or concerns.

Я понимаю порядок проведения виртуальных приемов в Psychiatry Group и соглашаюсь связаться с клиникой не менее чем за 48 часов, если мне потребуется изменить время приема. Я понимаю, что мне предоставлена необходимая контактная информация для обращения в клинику с вопросами или проблемами.

Initials / Инициалы: _____

E-Signature / Электронная подпись: _____

Date / Дата: _____

PHQ-9 AND GAD-7

PHQ-9 И GAD-7

Date / Дата: _____

Patient First Name / Имя пациента: _____

Patient Middle Name / Второе имя: _____

Patient Last Name / Фамилия пациента: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
За последние 2 недели как часто вас беспокоили следующие проблемы?

Response options / Варианты ответа:

0 — Not at all / Совсем нет
1 — Several days / Несколько дней
2 — More than half the days / Более половины дней
3 — Nearly every day / Почти каждый день

PHQ-9

1. Little interest or pleasure in doing things.
   Мало интереса или удовольствия от каких-либо дел.
   Response / Ответ: _____

2. Feeling down, depressed, or hopeless.
   Подавленность, депрессия или чувство безнадежности.
   Response / Ответ: _____

3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much.
   Трудности с засыпанием или поддержанием сна либо чрезмерно продолжительный сон.
   Response / Ответ: _____

4. Feeling tired or having little energy.
   Чувство усталости или недостатка энергии.
   Response / Ответ: _____

5. Poor appetite or overeating.
   Плохой аппетит или переедание.
   Response / Ответ: _____

6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down.
   Плохое мнение о себе — ощущение собственной несостоятельности или того, что вы подвели себя или свою семью.
   Response / Ответ: _____

7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.
   Трудности с концентрацией внимания, например при чтении газеты или просмотре телевизора.
   Response / Ответ: _____

8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed; or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around much more than usual.
   Настолько замедленные движения или речь, что это могли заметить окружающие; либо, наоборот, такая суетливость или беспокойство, что вы двигались значительно больше обычного.
   Response / Ответ: _____

9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.
   Мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о причинении себе какого-либо вреда.
   Response / Ответ: _____

Total Score / Общий балл: _____

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Если вы отметили какие-либо проблемы, насколько они затруднили вашу работу, выполнение домашних обязанностей или отношения с другими людьми?

[ ] Not difficult at all / Совсем не затрудняли
[ ] Somewhat difficult / Немного затрудняли
[ ] Very difficult / Очень затрудняли
[ ] Extremely difficult / Чрезвычайно затрудняли

GAD-7

1. Feeling nervous, anxious, or on edge.
   Нервозность, тревога или ощущение сильного напряжения.
   Response / Ответ: _____

2. Not being able to stop or control worrying.
   Неспособность прекратить или контролировать беспокойство.
   Response / Ответ: _____

3. Worrying too much about different things.
   Чрезмерное беспокойство по разным поводам.
   Response / Ответ: _____

4. Trouble relaxing.
   Трудности с расслаблением.
   Response / Ответ: _____

5. Being so restless that it is hard to sit still.
   Такое сильное беспокойство, что трудно усидеть на месте.
   Response / Ответ: _____

6. Becoming easily annoyed or irritable.
   Повышенная раздражительность или вспыльчивость.
   Response / Ответ: _____

7. Feeling afraid as if something awful might happen.
   Чувство страха, как будто может произойти что-то ужасное.
   Response / Ответ: _____

Total Score / Общий балл: _____

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Если вы отметили какие-либо проблемы, насколько они затруднили вашу работу, выполнение домашних обязанностей или отношения с другими людьми?

[ ] Not difficult at all / Совсем не затрудняли
[ ] Somewhat difficult / Немного затрудняли
[ ] Very difficult / Очень затрудняли
[ ] Extremely difficult / Чрезвычайно затрудняли

WHODAS 2.0 — 36-ITEM SELF-ADMINISTERED VERSION

WHODAS 2.0 — ВЕРСИЯ ИЗ 36 ПУНКТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ

Patient First Name / Имя: _____

Patient Middle Name / Второе имя: _____

Patient Last Name / Фамилия: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

Claim Number / Номер страхового дела: _____

Date / Дата: _____

This questionnaire asks about difficulties due to health or mental health conditions. Think back over the past 30 days and indicate how much difficulty you had doing each activity.

В этом опроснике задаются вопросы о трудностях, связанных с физическим или психическим состоянием здоровья. Вспомните последние 30 дней и укажите, насколько трудно вам было выполнять каждое действие.

Response options / Варианты ответа:

None / Нет
Mild / Легкие
Moderate / Умеренные
Severe / Тяжелые
Extreme or cannot do / Крайне тяжелые или не могу выполнить

Understanding and Communicating / Понимание и общение

D1.1 Concentrating on doing something for ten minutes?
Сосредоточиться на выполнении какого-либо действия в течение десяти минут?
Response / Ответ: _____

D1.2 Remembering to do important things?
Помнить о необходимости сделать важные дела?
Response / Ответ: _____

D1.3 Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?
Анализировать повседневные проблемы и находить их решения?
Response / Ответ: _____

D1.4 Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?
Освоить новую задачу, например научиться добираться до нового места?
Response / Ответ: _____

D1.5 Generally understanding what people say?
В целом понимать, что говорят другие люди?
Response / Ответ: _____

D1.6 Starting and maintaining a conversation?
Начинать и поддерживать разговор?
Response / Ответ: _____

Getting Around / Передвижение

D2.1 Standing for long periods, such as 30 minutes?
Стоять длительное время, например 30 минут?
Response / Ответ: _____

D2.2 Standing up from sitting down?
Вставать из положения сидя?
Response / Ответ: _____

D2.3 Moving around inside your home?
Передвигаться внутри дома?
Response / Ответ: _____

D2.4 Getting out of your home?
Выходить из дома?
Response / Ответ: _____

D2.5 Walking a long distance, such as a kilometer or equivalent?
Проходить большое расстояние, например один километр или эквивалентное расстояние?
Response / Ответ: _____

Self-Care / Самообслуживание

D3.1 Washing your whole body?
Мыть все тело?
Response / Ответ: _____

D3.2 Getting dressed?
Одеваться?
Response / Ответ: _____

D3.3 Eating?
Принимать пищу?
Response / Ответ: _____

D3.4 Staying by yourself for a few days?
Оставаться одному/одной в течение нескольких дней?

Response / Ответ: _____

Getting Along With People / Взаимоотношения с людьми

D4.1 Dealing with people you do not know?
Общаться с незнакомыми людьми?
Response / Ответ: _____

D4.2 Maintaining a friendship?
Поддерживать дружеские отношения?
Response / Ответ: _____

D4.3 Getting along with people who are close to you?
Ладить с близкими вам людьми?
Response / Ответ: _____

D4.4 Making new friends?
Заводить новых друзей?
Response / Ответ: _____

D4.5 Sexual activities?
Сексуальная активность?
Response / Ответ: _____

Life Activities — Household / Повседневная деятельность — Домашние обязанности

D5.1 Taking care of your household responsibilities?
Выполнять домашние обязанности?
Response / Ответ: _____

D5.2 Doing your most important household tasks well?
Хорошо выполнять наиболее важные домашние дела?
Response / Ответ: _____

D5.3 Getting all of the household work done that you needed to do?
Выполнять весь необходимый объем домашней работы?
Response / Ответ: _____

D5.4 Getting your household work done as quickly as needed?
Выполнять домашнюю работу настолько быстро, насколько это необходимо?
Response / Ответ: _____

Life Activities — School/Work / Повседневная деятельность — Учеба/Работа

If you work (paid, unpaid, or self-employed) or go to school, complete D5.5–D5.8. Otherwise, skip to D6.1.

Если вы работаете (за плату, бесплатно или на себя) либо учитесь, заполните D5.5–D5.8. В противном случае перейдите к D6.1.

D5.5 Your day-to-day work/school?
Выполнять повседневную работу или учебные обязанности?
Response / Ответ: _____

D5.6 Doing your most important work/school tasks well?
Хорошо выполнять наиболее важные рабочие или учебные задачи?
Response / Ответ: _____

D5.7 Getting all of the work done that you need to do?
Выполнять весь необходимый объем работы или учебных заданий?
Response / Ответ: _____

D5.8 Getting your work done as quickly as needed?
Выполнять работу или учебные задания настолько быстро, насколько требуется?
Response / Ответ: _____

Participation in Society / Участие в общественной жизни

D6.1 How much of a problem did you have joining in community activities in the same way as anyone else can?
Насколько трудно вам было участвовать в общественных мероприятиях наравне с другими людьми?
Response / Ответ: _____

D6.2 How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?
Насколько серьезные трудности создавали для вас окружающие барьеры или препятствия?
Response / Ответ: _____

D6.3 How much of a problem did you have living with dignity because of the attitudes and actions of others?
Насколько трудно вам было сохранять чувство собственного достоинства из-за отношения и действий окружающих?
Response / Ответ: _____

D6.4 How much time did you spend on your health condition or its consequences?
Сколько времени вы тратили на состояние своего здоровья или связанные с ним последствия?
Response / Ответ: _____

D6.5 How much have you been emotionally affected by your health condition?
Насколько сильно состояние здоровья влияло на вас эмоционально?
Response / Ответ: _____

D6.6 How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?
Насколько сильно состояние вашего здоровья истощало финансовые ресурсы ваши или вашей семьи?
Response / Ответ: _____

D6.7 How much of a problem did your family have because of your health problems?
Насколько серьезные трудности испытывала ваша семья из-за ваших проблем со здоровьем?
Response / Ответ: _____

D6.8 How much of a problem did you have doing things by yourself for relaxation or pleasure?
Насколько трудно вам было самостоятельно заниматься чем-либо для отдыха или удовольствия?
Response / Ответ: _____

PSYCHIATRY INTAKE FORM

АНКЕТА ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРИЕМА

The Psychiatry Group PLLC
5904 N Division St, Spokane, WA 99208
Phone / Телефон: 844-495-4357 OR / ИЛИ 509-324-0444
Fax / Факс: 509-260-4065

Thank you for scheduling your appointment with The Psychiatry Group. We work with injured workers and assist with the diagnosis and treatment of psychiatric conditions to enable them to return to work safely and promptly.

Благодарим вас за запись на прием в The Psychiatry Group. Мы работаем с пациентами, получившими производственные травмы, и помогаем в диагностике и лечении психиатрических состояний с целью безопасного и своевременного возвращения к работе.

This packet takes approximately 30 minutes to complete. Please complete as much as possible before your appointment. If you do not understand a question, please ask your doctor at your appointment.

Заполнение этого пакета занимает примерно 30 минут. Пожалуйста, заполните как можно больше информации до приема. Если вы не понимаете какой-либо вопрос, обратитесь к врачу во время приема.

This packet must be completed and returned before your appointment. Failure to do so may result in rescheduling to the next available appointment.

Этот пакет документов необходимо заполнить и вернуть до приема. В противном случае прием может быть перенесен на ближайшее доступное время.

Your treatment team may include the physician performing the initial assessment and other psychiatrists, nurse practitioners, and physician assistants. Follow-up care may be provided by a certified physician assistant or nurse practitioner. Treatment is provided remotely through a HIPAA-compliant secure video system.

В вашу лечебную группу могут входить врач, проводящий первичную оценку, другие психиатры, практикующие медсестры и помощники врача. Последующее лечение может проводиться сертифицированным помощником врача или практикующей медсестрой. Лечение проводится дистанционно с использованием защищенной видеосистемы, соответствующей требованиям HIPAA.

Patient Information / Информация о пациенте

First Name / Имя: _____

Middle Name / Второе имя: _____

Last Name / Фамилия: _____

Address / Адрес: _____

City / Город: _____

State / Штат: _____

ZIP Code / Почтовый индекс: _____

Primary Phone / Основной телефон: _____

Alternative Phone / Дополнительный телефон: _____

Email Address / Электронная почта: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

Claim Number, if applicable / Номер страхового дела, если применимо:
_____

Date of Injury, if work-related / Дата травмы, если связана с работой:
_____

Employer, if work-related / Работодатель, если применимо:

Claim Manager / Менеджер страхового дела: _____

Legal Representative, if applicable / Юридический представитель, если применимо:
_____

Emergency Contact / Контактное лицо для экстренной связи

Name / Имя и фамилия: _____

Phone Number / Номер телефона: _____

Relationship / Кем приходится пациенту: _____

Language Requested / Предпочтительный язык

[ ] Spanish / Испанский
[ ] English / Английский
[ ] Russian / Русский
[ ] Ukrainian / Украинский
[ ] Farsi / Фарси
[ ] Other / Другой: _____

Preferred Interpreter / Требуется переводчик:
[ ] Yes / Да
[ ] No / Нет

Insurance Provider — Select All That Apply / Страхование — отметьте все подходящие варианты

[ ] Washington State Labor & Industries
[ ] Self-Insured, Self-Administered / Самострахование, самостоятельное администрирование
[ ] Third-Party Insurer / Сторонняя страховая компания
[ ] California Workers' Compensation
[ ] Idaho SIF
[ ] Other / Другое: _____

Mobile SMS Appointment Reminder Consent / Согласие на SMS-напоминания о приеме

By providing my mobile number, I consent to receive automated SMS appointment reminders and notices from The Psychiatry Group PLLC. Message and data rates may apply. I understand I can opt out at any time by replying STOP.

Предоставляя номер мобильного телефона, я соглашаюсь получать автоматические SMS-напоминания о приемах и уведомления от The Psychiatry Group PLLC. Может взиматься плата за сообщения и передачу данных. Я понимаю, что могу отказаться от сообщений в любое время, отправив в ответ слово STOP.

[ ] I consent to SMS reminders as described above.
[ ] Я соглашаюсь получать SMS-напоминания на условиях, указанных выше.

Location Confirmation — Telemedicine / Подтверждение местонахождения — Телемедицина

[ ] I agree to inform the office at each appointment if I am outside Washington State. If I am outside Washington, staff will attempt to find a provider who is licensed where I am located.

[ ] Я соглашаюсь сообщать сотрудникам клиники на каждом приеме, если нахожусь за пределами штата Вашингтон. Если я нахожусь за пределами штата Вашингтон, сотрудники постараются найти специалиста, имеющего лицензию в штате моего фактического местонахождения.

Reason for seeing your doctor / Причина обращения к врачу:

Injury details / Обстоятельства травмы:

Allergies / Аллергии:

Medications / Принимаемые лекарства:

Accepted diagnoses on the claim, if applicable / Диагнозы, признанные в рамках страхового дела, если применимо:

Medical Conditions / Соматические заболевания:

Family history of psychiatric illness / Семейный анамнез психических заболеваний:

Education / Образование:

Previous employments / Предыдущие места работы:

Prior work injury claims, reprimands and terminations / Предыдущие страховые дела по производственным травмам, дисциплинарные взыскания и увольнения:

Military history / Военная служба:

Legal history / Правовой анамнез:

Psychiatric history / Психиатрический анамнез:

Psychiatric history prior to this work injury / Психиатрический анамнез до данной производственной травмы:

Psychiatric treatment after the work injury / Психиатрическое лечение после производственной травмы:

Previous psychiatric hospitalizations / Предыдущие госпитализации в психиатрический стационар:

Previous psychiatric medications / Ранее принимавшиеся психиатрические препараты:

Prior self-harm or suicide attempts / Самоповреждение или попытки самоубийства в прошлом:

Traumatic experiences, abuse, violence, and trauma before or after the injury / Травматические события, жестокое обращение, насилие или психологические травмы до или после производственной травмы:

Substance Use — Check All That Apply / Употребление психоактивных веществ — отметьте все подходящие варианты

[ ] Alcohol / Алкоголь
[ ] Cannabis / Каннабис
[ ] LSD/MDMA / ЛСД/МДМА
[ ] Amphetamines/Cocaine / Амфетамины/кокаин
[ ] Nicotine vapes or cigarettes / Никотиновые вейпы или сигареты
[ ] Others / Другое: _____

STATEMENT OF PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY

ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПАЦИЕНТА

I understand that I am financially responsible for all charges for services rendered by The Psychiatry Group PLLC. As a courtesy, the practice will verify my coverage and bill my insurer. However, I am ultimately responsible for any deductible, co-payment, co-insurance, and any amounts not covered by my insurer.

Я понимаю, что несу финансовую ответственность за оплату всех услуг, оказанных The Psychiatry Group PLLC. В качестве услуги для пациента клиника проверит мое страховое покрытие и выставит счет моей страховой компании. Однако я несу окончательную ответственность за франшизу, доплаты, совместное страхование и любые суммы, не покрываемые моей страховой компанией.

I agree to pay balances not covered by insurance and understand that if my insurer denies coverage, or if I continue beyond approved benefits, I am responsible for full payment. Payments are expected at the time services are rendered.

Я соглашаюсь оплачивать суммы, не покрытые страховкой, и понимаю, что в случае отказа страховой компании в покрытии или продолжения лечения сверх утвержденного объема льгот я несу ответственность за полную оплату. Оплата ожидается в момент оказания услуг.

Patient Signature / Подпись пациента: _____

Guarantor Signature, if different / Подпись гаранта, если отличается:

_____

Date / Дата: _____

CO-PAY POLICY

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ДОПЛАТЫ

Some health plans require a co-pay for services. Co-pays are due at each visit.

Некоторые планы медицинского страхования предусматривают доплату за услуги. Доплата должна быть внесена при каждом посещении.

Patient/Guarantor Signature / Подпись пациента/гаранта:

Date / Дата: _____

CONSENT FOR TREATMENT & RELEASE OF INFORMATION

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

I authorize The Psychiatry Group PLLC and its staff to perform assessment and treatment procedures deemed necessary. I also authorize release of information from my records to appropriate agencies for treatment, payment, or healthcare operations, as allowed by law.

Я разрешаю The Psychiatry Group PLLC и его сотрудникам проводить необходимые обследования и лечебные процедуры. Я также разрешаю раскрытие информации из моей медицинской документации соответствующим организациям в целях лечения, оплаты или осуществления медицинской деятельности в пределах, разрешенных законодательством.

Patient/Guarantor Signature / Подпись пациента/гаранта:

Date / Дата: _____

CANCELLATION / NO-SHOW POLICY

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ОТМЕНЫ ПРИЕМА / НЕЯВКИ

Appointments missed without 24-hour notice, or excessive cancellations (**2 no-shows in a row, 3 total no-shows, or 4 cancellations**), may result in discharge from care. Written notification via certified mail will be provided before discharge.

Пропуск приема без уведомления как минимум за 24 часа или чрезмерное количество отмен (**2 неявки подряд, 3 неявки в общей сложности или 4 отмены**) может привести к прекращению оказания медицинской помощи данной клиникой. До прекращения обслуживания пациенту будет направлено письменное уведомление заказным письмом.

Patient/Guarantor Signature / Подпись пациента/гаранта:

Date / Дата: _____

SELF-PAY / MOTOR VEHICLE INSURANCE (PIP)

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОПЛАТА / АВТОМОБИЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ (PIP)

Self-Pay / Самостоятельная оплата

[ ] I do not have health insurance and agree to pay in full at each visit.

[ ] У меня нет медицинской страховки, и я соглашаюсь полностью оплачивать каждый прием.

PIP

[ ] I request claims be submitted to my motor vehicle carrier and understand I am responsible for balances if PIP exhausts or denies.

[ ] Я прошу направлять счета моей компании автомобильного страхования и понимаю, что несу ответственность за неоплаченный остаток, если покрытие PIP будет исчерпано или в оплате будет отказано.

Patient/Guarantor Signature / Подпись пациента/гаранта:

_____

Date / Дата: _____

TELEMEDICINE INFORMED CONSENT

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ТЕЛЕМЕДИЦИНУ

1. I understand that telemedicine involves electronic communication of my health information and that federal (HIPAA) and state privacy laws, including those where I am located, apply.

Я понимаю, что телемедицина предполагает электронную передачу информации о моем здоровье и что применяются федеральные требования HIPAA и законы штата о конфиденциальности, включая законодательство штата, где я фактически нахожусь.

2. I must be physically present in a state where my provider is licensed; I will inform the office of my location prior to each telemedicine session.

Я должен(на) физически находиться в штате, где мой врач имеет действующую лицензию; перед каждым телемедицинским приемом я сообщу клинике о своем местонахождении.

3. Telemedicine may not be appropriate for emergencies or crisis situations; if I am in crisis, I will seek in-person or emergency care.

Телемедицина может быть неприемлема в экстренных или кризисных ситуациях; в случае кризисной ситуации я обращусь за очной или экстренной медицинской помощью.

4. I have the right to withdraw consent at any time without affecting my future care.

Я имею право отозвать свое согласие в любое время без ущерба для дальнейшего оказания мне медицинской помощи.

5. I may inspect and receive copies of information obtained during telemedicine interactions for a reasonable fee.

Я имею право ознакомиться с информацией, полученной в ходе телемедицинских приемов, и получить ее копии за разумную плату.

Initials / Инициалы: _____

Patient Signature / Подпись пациента: _____

If signed by proxy, relationship to patient / Если подписывает представитель, его отношение к пациенту:

Date / Дата: _____

Witness Signature / Подпись свидетеля: _____

Date / Дата: _____

Patient Initialed Copy Offered / Пациенту предложена копия с инициалами:

[ ] Yes / Да [ ] No / Нет

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЯ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

I acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices, which describes how my medical information may be used and disclosed, and my rights under HIPAA.

Я подтверждаю получение Уведомления о правилах конфиденциальности, в котором описывается, каким образом моя медицинская информация может использоваться и раскрываться, а также мои права в соответствии с HIPAA.

Patient/Guarantor Signature / Подпись пациента/гаранта:

Date / Дата: _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Patient Name / Имя пациента: _____

DOB / Дата рождения: _____

Claim/SSN / Номер страхового дела/SSN: _____

I authorize The Psychiatry Group PLLC and its designees to:
Я разрешаю The Psychiatry Group PLLC и уполномоченным им лицам:

[ ] Disclose / Раскрывать
[ ] Receive my PHI to/from / Получать мою защищенную медицинскую информацию от/

передавать ее следующему лицу или организации

Name/Organization / Имя/Организация: _____

Fax / Факс: _____

Address / Адрес: _____

Purpose / Цель

[ ] Continuation of Care / Продолжение лечения
[ ] Payment / Оплата
[ ] Insurance Review / Страховая экспертиза
[ ] Other / Другое: _____

Information to be disclosed — check all that apply / Информация, разрешенная к раскрытию — отметьте все подходящие варианты

[ ] Counseling/Psychiatric Services (attendance, diagnosis, treatment summary) / Психотерапевтические/психиатрические услуги (посещаемость, диагноз, краткая информация о лечении)

[ ] Treatment Plans & Notes / Планы лечения и медицинские записи

[ ] Lab/X-ray Reports / Результаты лабораторных и рентгенологических исследований

[ ] Immunization Records / Сведения о вакцинации

[ ] Other / Другое: _____

I understand my records may include sensitive information (mental health, substance use, HIV/AIDS). My initials indicate that I permit disclosure of the following:

Я понимаю, что моя медицинская документация может содержать особо конфиденциальную информацию (о психическом здоровье, употреблении психоактивных веществ, ВИЧ/СПИД). Мои инициалы подтверждают мое разрешение на раскрытие следующих сведений:

[ ] Alcohol/Drug Abuse / Злоупотребление алкоголем/наркотическими веществами
Initials / Инициалы: _____

[ ] Mental Health / Психическое здоровье
Initials / Инициалы: _____

[ ] HIV/AIDS / ВИЧ/СПИД
Initials / Инициалы: _____

[ ] Sexual Assault / Сексуальное насилие
Initials / Инициалы: _____

This authorization is valid for _____ days or one year from the date signed.

Настоящее разрешение действительно в течение _____ дней или одного года с даты подписания.

I may revoke this authorization in writing except to the extent information has already been released.

Я могу отозвать это разрешение в письменной форме, за исключением случаев, когда информация уже была раскрыта на основании данного разрешения.

Patient/Authorized Signature / Подпись пациента/уполномоченного представителя:

Witness Signature / Подпись свидетеля:

Date / Дата: _____

Provider Contact & Privacy Officer / Контактные данные клиники и ответственного за конфиденциальность

The Psychiatry Group PLLC
5904 N Division St
Spokane, WA 99208
Email / Электронная почта: info@psychiatrygroup.com

Sources:

1. Evaluation of the accuracy and safety of machine translation of patient-specific discharge instructions: a comparative analysis. BMJ Quality & Safety, 2026