



Center for Psychiatry and Mental Wellness



BIENVENIDO/A A NUESTRO CONSULTORIO

Todos/as nuestros/as proveedores/as y miembros de nuestro equipo esperamos darle la bienvenida a nuestro consultorio! Hemos adjuntado el papeleo necesario para usted para completar antes de su cita.

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes – Viernes, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

DESPUÉS DEL CIERRE

Los/as proveedores/as están de turno y usted puede dejar un recado para el/la proveedor/a llamando al número de consultorio y escogiendo la opción para el servicio de turno. Esto se debe solamente usar para asuntos urgentes. Llamadas no urgentes, tales como programar una cita o pedir un resurtido de una medicina deben hacerse durante el horario de atención o llamando al consultorio durante las horas de oficina. En caso de emergencias de salud mental o emergencias médicas, se debe llamar al 911 o dirigirse al RHA Mobile Crisis Services (RHA servicios móviles de crisis) al 888-573-1006.

NUESTROS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MENTAL INCLUYEN

- Manejo de medicamentos
- Psicoterapia
- Apoyo de salud conductual para incapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual and developmental disabilities, IDD por sus siglas en inglés)
- Tratamiento de trastornos por uso de sustancias
- Medicamento para el trastorno por consumo de opioides
- Estimulación transcraneal magnética (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS por sus siglas en inglés)
- Servicios de apoyo de colegas
- Programas de manejo de atención colaborativa
- Terapia basada en la escuela
- Terapia de aceptación y compromiso
- Terapia cognitiva
- Manejo del estrés basado en la conciencia
- Servicios de laboratorio in situ/en el local
- Terapia de interacción entre padres e hijos/as
- Terapia de juego
- Apoyo de medicamento inyectable de larga duración
- Atención informada sobre el trauma

MAHEC Center for Psychiatry and Mental Wellness

Mary C. Nesbitt Biltmore Campus, 125 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

Phone: 828-398-3601 | Fax: 828-333-5465



¡Bienvenidos a MAHEC!

Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud. MAHEC ha formado parte de Asheville desde 1974 y continuamos nuestra tradición de atención premiada con orgullo. Nuestros/as proveedores/as de atención de salud y nuestro personal están contentos/as de tener la oportunidad de cuidar a su familia entera en nuestros consultorios de salud de familia, medicina interna, en nuestros consultorios de obstetricia, las clínicas dentales y en el centro de psiquiatría. Servimos orgullosamente a todos/as los/as pacientes, sin importar sus ingresos o situación de seguro de salud.

- MAHEC está expandiendo nuestro programa de asistencia financiera para ofrecer por encima de lo que habíamos ofrecido anteriormente. Para facilitar este cambio pedimos a todos/as nuestros/as pacientes, actuales y nuevos/a, que completen un paquete de formularios de información de nuevo/a paciente.
- Nuestros/as asesores/as financieros/as de paciente están disponibles para guiarlo/a en el proceso de solicitar la asistencia ofrecida a través de nuestro programa de descuento de escala móvil. Se basa la elegibilidad en los ingresos y el tamaño de la familia. Se espera el pago de las cantidades de dinero de las cuales usted es responsable a la hora del servicio. Podemos ayudarle con opciones de pago, si usted no puede saldar la cuenta.

ANTES DE SU CITA

Este paquete de bienvenida incluye formularios que usted necesita por favor leer y completar antes de su cita

Es **MUY** importante que usted complete cada uno de los formularios y que entregue el paquete entero al personal de la recepción cuando llegue al consultorio para su cita. Por favor llegue **15 minutos antes de la hora de su cita** para finalizar el proceso de inscribirse.

Otras documentaciones que usted necesita llevar:

- Tarjeta de seguro de salud y licencia de conducir (u otra tarjeta de identidad válida con foto)
- Historial de salud o informes médicos relevantes
- Lista de medicamentos actuales o los frascos de sus medicinas
 - o Nombre de la medicina
 - o Dosis recetada(s)
 - o Cuánto tiempo lleva tomando la(s) medicina(s)

Portal de paciente de MAHEC

Nos complace brindarles a todos/as nuestros/as pacientes una herramienta en línea que les da acceso a su registro de salud personal 24/7. Con el portal, usted puede, de forma segura, enviarle notas por correo electrónico a su proveedor/a de atención de salud, mirar sus resultados de análisis de laboratorio, repasar su historial médico y mucho más. Usaremos la dirección de correo electrónico que usted nos da para brindarle acceso al portal, si usted no lo tiene actualmente. Simplemente espere ver un correo electrónico con instrucciones que le llegará después de su cita.

¡Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud!



Centro de psiquiatría & bienestar mental

NUEVOS/AS PACIENTES

Los/as nuevos/as pacientes deben traer el papeleo completado, una identificación con foto y tarjetas de seguro a la primera cita. Se recomienda a los/as pacientes que se comuniquen con su compañía de seguros y verifiquen los beneficios de salud mental antes de su primera visita. Aceptamos todos los seguros, pero esto no garantiza que estemos en la red con su plan.

PACIENTES QUIENES REGRESAN

Los/as pacientes quienes regresan deben asegurarse de que toda la información esté actualizada en cada visita. Esto incluye nombre y apellido(s), dirección, número de teléfono e información de seguro.

CONSULTAS TELEFÓNICAS

Las consultas telefónicas generalmente no son disponibles. Hable sobre sus necesidades de atención médica durante su visita. Si surgen problemas entre las citas, comuníquese con nuestro consultorio para adelantar su cita.

FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Uno/a de nuestros/as proveedores/as estará de turno y usted puede dejar un mensaje para el/la proveedor/a llamando al número del consultorio y eligiendo la opción para el servicio de turno. Esto debe usarse solo para asuntos urgentes. Las llamadas no urgentes, como la programación de citas y solicitudes de resurtidos de medicamentos deben realizarse durante las visitas en el consultorio o llamando al consultorio durante el horario de atención. En caso de emergencias médicas, debe llamar al 911.

RESURTIDOS DE RECETAS

Todas las solicitudes de resurtidos de medicamentos deben realizarse durante la cita del/la paciente. Por favor traiga los envases de sus medicinas recetadas o una lista de medicamentos con usted a cada cita. Las solicitudes de resurtidos de medicamentos en otras ocasiones se finalizarán dentro de 3 días laborales.

FACTURACIÓN

Usted es responsable de su deducible anual, copago/coseguro y cualquier saldo que su seguro no pague. Se esperan copagos en el momento del servicio. Tenga en cuenta que algunos servicios no están cubiertos por el seguro y se le facturará a usted por ellos. Aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Se aplica una tarifa de servicio para los cheques devueltos. El número de teléfono de la oficina de facturación es (828) 257-4725, opción 3. Si tiene alguna pregunta con respecto a la facturación, llame a la oficina de facturación y haremos todo lo posible para ayudarlo/a o dirigirlo/a a alguien quien pueda ayudarlo/a.

He leído y acepto la política anterior:

Nombre y apellido(s) en letra de molde

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Firma

¡Gracias por escogernos para su atención médica!



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine
 FHC Biltmore
 FHC Cane Creek
 FHC Enka/Candler
 FHC Newbridge
 Ob/Gyn Biltmore
 Ob/Gyn Franklin
 Women's Care Brevard
 Psychiatry
 Deerfield
 Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
 Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
 Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
 Nativo/a de Hawái
 De otras islas de Pacífico
 Negro/a, afroamericano/a
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska
 Blanco/a
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otro
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
 Estacional Sí No
 Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____
 Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____
 Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



Centro de Psiquiatría y Bienestar Mental

Formulario de admisión para nuevos/as pacientes

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Formulario completado por: _____

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia o reacciones adversas (malas) a medicinas, alimentos o látex? Sí No
De ser así, por favor anótelas a continuación.

Medicina, alimento, látex u otra sustancia:	Reacción causada:
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS

Por favor anote TODAS las medicinas que está tomando actualmente (incluyendo pastillas anticonceptivas, vitaminas, suplementos y hierbas), incluso si no las toma todos los días, e incluso si se venden sin receta médica.

Nombre de la medicina, vitamina, hierba o suplemento:	Dosis: (por ejemplo cuántos miligramos [mg] o cuántas tabletas toma)	¿Con qué frecuencia la toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia local: _____

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

Si su padre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____
Si su madre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

PLANIFICACIÓN DE VIDA REPRODUCTIVA

¿Desea un embarazo en el próximo año?
 Sí No Como sea No sé

¿Está usando algún método para prevenir el embarazo?
 Sí No

¿De ser así, cuál método? _____

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES MÉDICAS

¿Ha completado documentos para indicar sus deseos para el cuidado al final de la vida? Testamento Vital: Sí No
A designado a alguien para tener poder duradero para atención médica ("DPOA"): Sí No De ser así, ¿quién? _____

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD

Si a usted ha tenido alguna vez el diagnóstico de, o si usted ha alguna experimentado alguna de las siguientes condiciones, por favor marque la casilla adecuada.

- | | |
|--|--------------------------|
| Trastorno de uso de alcohol | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> |
| Coágulos de la sangre | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer del seno | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer colorrectal | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer de la piel | <input type="checkbox"/> |
| Otro tipo de cáncer – por favor especifique | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/enfisema | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Trastorno de uso de una droga | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de reflujo gastro-esofágico | <input type="checkbox"/> |
| Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> |
| Historial de abuso físico | <input type="checkbox"/> |
| Historial de abuso sexual | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome de colon irritable | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> |
| Cálculos renales | <input type="checkbox"/> |
| Migrañas | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> |
| Infección de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> |
| Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> |
| Otro problema – por favor especifique | <input type="checkbox"/> |

Por favor especifique sus otros trastornos de salud.

Por favor especifique el lugar de su cáncer.

Por favor especifique cuándo tuvo cáncer.

Por favor especifique cuándo tuvo un ataque cardíaco.

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

Por favor marque la casilla adecuada, si algún pariente consanguíneo suyo ha sido diagnosticado con/experimentado alguno de los siguientes problemas de salud mental.

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Trastorno de uso de alcohol						
Trastorno de ansiedad o pánico	<input type="checkbox"/>					
Trastorno adaptivo o del espectro de autismo	<input type="checkbox"/>					
Trastorno bipolar, episodio maníaco o depresión maníaca	<input type="checkbox"/>					
Trastorno de uso de una droga	<input type="checkbox"/>					
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>					
Incapacidad intelectual o de desarrollo	<input type="checkbox"/>					
Depresión mayor o clínica	<input type="checkbox"/>					
Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>					
Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/>					
Estrés postraumático	<input type="checkbox"/>					
Hospitalización psiquiátrica	<input type="checkbox"/>					
Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, u otro trastorno paranoide o delusivo	<input type="checkbox"/>					
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>					
Suicidio llevado a cabo	<input type="checkbox"/>					

Otra afección de salud mental (por favor especifique): _____



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

INCOMING TO MAHEC**MAHEC Center for Psychiatry
Centralized Medical Records Department**

125 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803 | Business Office Phone: (828) 771-5489 Fax: (828) 407-2637

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR**

Nombre y apellidos del/la paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación.			
Se divulga la información por:		Y se proporciona la información a:	
NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:		MAHEC Center for Psychiatry	
DIRECCIÓN:		125 Hendersonville Road	
CIUDAD/ESTADO		Asheville, NC 28803	
TEL:	FAX:		
El propósito o la necesidad de esta divulgación es:			
<p>Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.</p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente la información relacionada con (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello. ___ Documentaciones de salud mental ___ Pruebas genéticas</p>			
Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____			
Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.			
Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.			
Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.			
Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.			
FIRMA DEL/LA PACIENTE		FECHA	
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i>		FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE		FECHA	

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.