

Nombre del Paciente: _____

Coastal Mental Health Center

NORMAS Y REGLAMENTOS DE LOS PACIENTES

CADA PACIENTE TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Ser directo y honesto con todo lo relacionado a él o ella.
- Respetar los derechos de otros pacientes y el personal de Coastal Mental Health Center.
- Honrar y preservar la confidencialidad de otros pacientes.
- Mantener y presentarse a las citas, cooperando con el personal para asegurar el cuidado continuo.
- Conocer y respetar las reglas y reglamentos aplicables a la conducta y ser considerado con los demás pacientes y el personal de CMHC.
- Conducta agresiva o amenazas a nuestro personal resultará en una cancelación de los servicios.
- Asegurarse de leer y entender la Declaración Jurada.
- Fotografías, grabación en video o sonido, instrumentos de ataque o defensa, armas de fuego o municiones de cualquier tipo, están prohibidas.

EXPECTATIVAS DE CADA PACIENTE:

- Se espera la asistencia a todas las citas reservadas. Si necesita cancelar la cita favor llamar con 24 horas de anticipación. Si usted llega 30 minutos pasado el tiempo de su cita, la misma podría ser cambiada para otro día.
- Ausencias repetidas sin excusa resultará en la cancelación de los servicios de Coastal Mental Health Center.
- Coastal Mental Health Center se reserva el derecho de rendir servicios a pacientes que se presenten a su cita bajo los efectos del alcohol o cualquier sustancia o droga ilegal.
- En la primera cita de un menor si el acompañante no es el padre/madre biológico y su nombre no aparece en el certificado de nacimiento, usted necesitará traer a la cita la documentación necesaria que compruebe que usted es el tutor legal.
- Si uno de los padres no esta de acuerdo en algún momento con el tratamiento y los servicios ofrecidos, CMHC se reserva los derechos de discontinuar los servicios al paciente.
- Una vez establecido el paciente si usted desea que otra persona que no es el tutor legal traiga el menor a las citas, es necesario tener una carta firmada y notariada autorizando y declarando dicho consentimiento.
- Si usted participa en algún programa o servicio de descuento para sus medicamentos, es su responsabilidad después que el doctor le ha completado los documentos requeridos, de asegurarse que sus medicamentos sean enviados a su hogar. Nosotros no recibimos ni guardamos medicamentos en nuestras oficinas.
- Toda Solicitud de registros médicos y documentos firmados por CMHC necesitan ser sometidos a traves del departamento de Registros Medicos y la determinación estará disponible en un plazo de 48 a 72 horas desde el momento en que la solicitud fue solicitada.
- Es póliza de Coastal Mental Health Center, que todos los pacientes que reciben medicamentos controlados asistan a terapia. Si tiene alguna pregunta por favor consulte con el psiquiatra.
Nota: No se garantiza que sea visto por el psiquiatra en todas las visitas. Nosotros contamos con PA's y/o ARNP's que trabajan directamente con el psiquiatra durante el transcurso del tratamiento recomendado.

HONORARIOS POR SERVICIOS:

Pago por servicios prestados se espera en el momento de la visita. Co-pagos, cargos aplicados a los deducibles y/o tarifas establecidas para aquellos que experimentan una dificultad financiera, se recogerá el día de su cita programada a menos que se establezcan arreglos previos.

Tenga en cuenta, que el pago por servicios no cubiertos por su compañía de seguros es la responsabilidad financiera del paciente. Estos servicios pueden incluir (pero no se limitan a): testimonio de testigos expertos, informes/cartas solicitadas por el paciente para ser enviados a los abogados, oficiales de libertad condicional, los tribunales, las escuelas u otras agencias, pruebas educativas, pruebas psicológicas que no están cubiertas por los beneficios del seguro y otros servicios profesionales.

Las tarifas por estos servicios varían y deben ser negociados y pagados antes del servicio prestado. Es responsabilidad del paciente comprobar la cobertura del seguro y hacer los arreglos con su proveedor de CMHC para el pago de tales servicios si es necesario. Peticiones por teléfono no serán honradas. Un acuerdo firmado entre el proveedor y el paciente debe ser por escrito para cualquiera de los servicios que no están cubierto por el seguro.

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y REGLAMENTOS:

Por la presente entiendo y reconozco lo que se me ha explicado en las normas y reglamentos de Coastal Mental Health Center y me comprometo a respetarlos.

También entiendo que el incumplimiento de las normas y reglamentos de este programa terapéutico puede terminar en la cancelación de los servicios. En ese caso una carta será enviada a la agencia de referencia indicando la razón por la cancelación.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD: La información contenida en este facsímil es información privilegiada y confidencial, destinada únicamente para el uso de la persona o entidad nombrada como destinatario. Si el lector no es el destinatario, la difusión de cualquier información, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, favor de no revelar a ninguna otra persona. Notifique inmediatamente por teléfono y favor devolver el original a la dirección arriba indicada.