



Rafael D. Guerrero, M.D.
1830 Snake River Road, Ste. B and E
Katy, Texas 77449
Ph: (281) 398-9800 Fax: (281) 398-9823

INFORMACION - PACIENTE NUEVO

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Nombre preferido: _____ Género: Masculino () Femenino ()

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ **Copia de la Licencia de Conducir ()**

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Estado Marital: ____ Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Viudo(a) ____ Divorciado(a) ____ Separado(a)

Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____ **Alergia a Medicinas:** ()No ()Si _____

Email: _____ Médico Primario: _____

Farmacia: _____ Teléfono de la Farmacia #: _____

Quien lo refirió al Dr. Guerrero? _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la Persona: _____ Teléfono: _____

Relación con el Paciente: _____ Dirección: _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR O UN ESTUDIANTE

Nombre del Guardián: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Guardián: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono del Guardián: (Casa) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

FIRMAS (debe firmar a mano)

 Firma del Paciente o Guardián (firme a mano por favor) : _____

Printed Name: _____ Date: _____

(Por favor adjunte una **copia de la Licencia de Conducir**)



Rafael D. Guerrero, M.D.

1830 Snake River Road, Ste. B and E

Katy, Texas 77449

Ph: (281) 398-9800 Fax: (281) 398-9823

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

A Mis Pacientes

Quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecerle su voto de confianza al escogerme para prestarle mis servicios profesionales. Nuestro propósito es prestarle el mejor servicio posible, por lo tanto **le pedimos que lea éstas normas y procedimientos antes de firmarlas**, con el fin de servirle más efectivamente.

Nuestros Horarios

Lunes - Jueves 8 am – 5 pm

Viernes 8 am – 1 pm

Citas y Política de cancelación

El Dr. Guerrero valora el tiempo de sus pacientes. Por esta razón, citamos únicamente a un solo paciente por espacio de tiempo y nunca hacemos citas dobles. Comúnmente tenemos una lista de espera para pacientes que necesitan ver al doctor. A manera de cortesía, nuestra oficina llama por teléfono a cada paciente para recordarle y confirmar su cita. **Si dejamos un mensaje, le pedimos que por favor usted se asegure de devolvemos la llamada para confirmar o cambiar la cita.**

Por Favor Lea y Ponga sus Iniciales:

_____ Para cambiar o para cancelar **CITAS DE PACIENTE NUEVO** por favor llame a nuestra oficina con por lo menos **48 HORAS DE TRABAJO** de anticipación, de lo contrario se le cobrará el costo total de la visita que perdió.

_____ Para cambiar o para cancelar **CITAS DE SEGUIMIENTO** por favor llame a nuestra oficina con por lo menos **24 HORAS DE TRABAJO** de anticipación, de lo contrario se le cobrará el costo total de la visita que perdió.

_____ En caso de cancelaciones tardías, visitas presenciales o virtuales perdidas, o cheques devueltos, se cargará su tarjeta de crédito por el valor correspondiente. Al escribir mis iniciales autorizo a Rafael D. Guerrero, MD, dba Psychiatric Consultants of Houston a aplicar el cargo a mi tarjeta de crédito de acuerdo con las guías mencionadas anteriormente.

Como cortesía, le llamaremos para recordarle uno o dos días antes del día de su cita, pero es su responsabilidad recordarla.

El costo de la evaluación inicial es de \$375.00 y dura aproximadamente **60** minutos. **El costo de las visitas de seguimiento y manejo de medicinas es de \$178.00** y duran aproximadamente **30** minutos. El paciente es responsable por todos los costos que resulten de nuestros servicios profesionales independientemente de si están o no bajo la cobertura del seguro médico. **Los pacientes existentes que no hayan tenido una cita con el Dr. Guerrero por 1 año o más, son vistos de nuevo como Pacientes Nuevos y el costo de su visita será de \$375.00.** Recibimos pagos en efectivo, cheque y tarjeta de crédito/débito (Visa y MasterCard únicamente).

Comunicación

Si usted necesita comunicarse con el doctor por favor llame a nuestra oficina para hablar con sus asistentes quienes le harán llegar su mensaje al Dr. Guerrero. Los mensajes son revisados y atendidos por el Dr. Guerrero en lo posible el mismo día al final de la clínica o al día siguiente. **El e-mail no debe usarse para manejo de crisis ya que no es posible estar al tanto de la llegada de e-mails en todo momento.**

Tarifas Adicionales

Se cobrará una tarifa de \$150 por cualquier reporte preparado. Esta tarifa incluye el tiempo utilizado en reunir datos y revisar expedientes, reportes, evaluaciones y otros datos, y en la preparación del reporte. Esto incluye tanto reportes preparados para distritos escolares como la elaboración de formularios de custodios o tutores.

Cartas misceláneas: varían entre \$25-\$150 dependiendo del tiempo que haya tomado su elaboración y de la cantidad de información reunida.

Evaluaciones Cognitivas/Psicométricas: varían entre \$25 y \$200.

Las copias/envío del expediente médico/papelería tendrá un costo mínimo de \$25. Si este incluye más de 20 páginas, tendrá un costo adicional (0.50 centavos por cada página adicional más el costo del envío de documentos).

Repuesto (Refill) de Medicamentos

Si usted necesita un repuesto (refill) de un **medicamento no-controlado**, por favor **llame a su farmacia**. Si se acabaron sus repuestos, la farmacia nos contactara para que los aprobemos.

Si usted necesita una receta para un **medicamento controlado**, por favor **llame a nuestra oficina al menos 48 horas** antes de que se acabe su medicina.

Exenciones, Autorizaciones y Aviso de Practicas de Privacidad

_____ (INICIALES) He recibido el Aviso de Practicas de Privacidad (ver el aviso de HIPAA adjunto abajo) y he tenido la oportunidad de revisarlo. Este aviso describe cómo será utilizada y divulgada la información médica del paciente y cómo puede el paciente tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

_____ (INICIALES) Entiendo que el Dr. Guerrero no acepta ningún seguro de salud y elijo pagar el costo total del servicio al momento de recibirlo. Entiendo mis obligaciones financieras por los tratamientos recibidos por parte del Dr. Guerrero y me comprometo a pagar todos los servicios recibidos.

_____ (INICIALES) Entiendo que el Dr. Guerrero no se especializa en el tratamiento del abuso de sustancias tales como el alcohol o drogas recreacionales y que yo tendría que buscar la ayuda de otro profesional o de un programa para diagnóstico dual.

_____ (INICIALES) Yo autorizo al Dr. Guerrero para que haga una evaluación psiquiátrica, y tratamiento farmacológico para mí y/o para mi hijo(a) menor de edad _____ (Nombre del Menor de Edad). Estoy al tanto de que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y de la posibilidad de que la enfermedad o problema mejore o no mejore con o sin medicina. Estoy al tanto de que el Dr. Guerrero hablará conmigo acerca de cualquier tratamiento alternativo efectivo disponible para el manejo de la enfermedad, de que los posibles efectos secundarios me serán explicados en detalle y de que debo notificarle o notificar al personal de su oficina lo antes posible de cualquier efecto secundario. Entiendo que puedo cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento.

_____ (INICIALES) Entiendo que en ocasiones las medicinas son utilizadas para el manejo de síntomas psiquiátricos para los cuales no han sido específicamente aprobadas por la FDA (Uso Fuera de Etiqueta) y que se me dará información específica explicando los riesgos y beneficios de este uso y que se me dará la oportunidad de hacer preguntas acerca del Uso Fuera de Etiqueta.

_____ (INICIALES) Entiendo que, si una medicina clasificada como neuroléptico ha sido recetada, puede producir algunos movimientos involuntarios persistentes de la cara y de la boca y en ocasiones movimientos similares de las manos y de los pies. En algunas ocasiones, estos síntomas pueden ser irreversibles y pueden aparecer después de que la medicina haya sido descontinuada. Estos efectos secundarios están usualmente asociados con el uso de este tipo de medicinas por más de tres meses y pueden ser minimizados al disminuir la dosis y minimizar el uso de otras medicinas. Estoy al tanto de que tendré la oportunidad de hablar de esto en detalles con el Dr. Guerrero y de que se conducirán exámenes periódicos para determinar la presencia o ausencia de estos movimientos involuntarios.

Aviso de Prácticas de Privacidad bajo HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros a nuestra oficina localizada en el 1830 Snake River Rd. Suite B and E, Katy, TX 77449, Teléfono: 281-398-9800, Fax: 281-398-9823.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.

- A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

HE LEIDO Y ENTIENDO LA TOTALIDAD DE LAS NORMAS LISTADAS y HE RECIBIDO EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLO.



Firma del Paciente o Guardián (firme a mano por favor): _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____



Rafael D. Guerrero, M.D.

1830 Snake River Road, Ste. B and E

Katy, Texas 77449

Ph: (281) 398-9800 Fax: (281) 398-9823

DIVULGACION DE INFORMACION

_____ **SI** yo, _____ (Nombre del Paciente o Guardian), autorizo al Dr. Rafael D. Guerrero para que discuta mi caso o plan de tratamiento y/o el plan de tratamiento de mi hijo(a) menor de edad, _____ (Nombre del Menor de Edad) acerca del curso de tratamiento actual **con, y solamente con, las personas siguientes**. Si se requieren cambios o adiciones a esta lista, tendré que firmar una forma adicional. Las personas a las que se les puede divulgar la información son las siguientes:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre del Colegio: _____

Nombre del Terapista/Consejero: _____

Nombre del Medico de Cuidado Primario: _____

 _____
Firma del Paciente o Guardián (firme a mano por favor)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

O

_____ **NO** yo, _____ (Paciente o Guardián), **NO AUTHORIZO** al Dr. Rafael D. Guerrero para que discuta mi caso o plan de tratamiento con nadie.

 _____
Firma del Paciente o Guardián (firme a mano por favor)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha



Rafael D. Guerrero, M.D.
 1830 Snake River Road, Ste. B and E
 Katy, Texas 77449
 Ph: (281) 398-9800 Fax: (281) 398-9823

CONTRATO PARA LA PRESCRIPCION DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Las medicinas de uso controlado (ejemplos: benzodiazepinas, Suboxone, y estimulantes) son muy útiles, pero tienen el potencial de ser mal utilizadas. Por esta razón, son sustancias controladas por el gobierno local, estatal y federal. Se utilizan con la intención de mejorar la función o la habilidad para el trabajo, no simplemente para sentirse bien. Puesto que mi médico me está prescribiendo medicinas de este tipo para el manejo de mi condición médica, estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:



1. **Yo soy responsable por mis medicinas de uso controlado.** Si la receta de prescripción se pierde, se refunde, o es robada, o si yo la utilizo antes del debido tiempo, entiendo que no va a ser reemplazada. **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**



2. **Yo no voy a pedir o aceptar medicinas de uso controlado de ningún otro médico o individuo mientras reciba medicinas de uso controlado del Dr. Rafael Guerrero.** No solo sería ilegal hacer esto, sino que podría poner en peligro mi salud. La única excepción sería en el caso que hayan sido prescritas durante una hospitalización. **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**



3. **Surtido (“Refill”) de las medicinas de uso controlado:**
 a. **No las surtiré si se terminan antes de tiempo.** Soy el responsable de tomar mi medicina en la dosis que me ha sido prescrita y por llevar la cuenta de la cantidad de medicina restante.
 b. **No las surtiré de “emergencia”,** por ejemplo surtirlos un Jueves en la tarde al darme cuenta repentinamente de que la medicina se termina al día siguiente, y de que la oficina va a estar cerrada. Yo llamaré con **al menos 72 horas de anticipación** si necesito asistencia con la receta de una medicina de uso controlado.
 c. **No podré pedir medicinas de uso controlado cuando la oficina este cerrada.** **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**



4. **Entiendo la importancia de seguir mi plan de tratamiento tal como mi médico lo ha indicado y estoy de acuerdo con:**
 a. Asistir cumplidamente a mis citas (incluyendo las citas de seguimiento y las remisiones)
 b. Permitir pruebas de orina para muestreo de drogas sin aviso previo. **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**



5. Entiendo que **al no cumplir las condiciones aquí descritas,** mi prescripción de medicinas de uso controlado y/o mi tratamiento con el Dr. Rafael Guerrero pueden ser terminados inmediatamente. Si el incumplimiento incluye obtener medicinas de uso controlado de otro individuo, como ya se describió, puede que también se me reporte a otros proveedores de salud, entidades médicas, farmacias y otras autoridades. **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**



6. Entiendo **que la meta principal del tratamiento es mejorar la función o la habilidad para el trabajo.** Considerando esta meta y el hecho que se me están prescribiendo medicinas potentes para lograrlo, estoy de acuerdo con ayudarme a mí mismo por medio de los siguientes hábitos para una mejor salud: no utilizar “medicinas o drogas de la calle”. Entiendo que el uso de “drogas de la calle” afectará mi progreso y contrarrestará cualquier medicina prescrita. Estas drogas no solo alteran la mente, sino que también son ilegales. El uso continuado de ellas después del aviso, puede ser causa para que su tratamiento con el Dr. Rafael Guerrero sea terminado inmediatamente y podría ser reportado a las autoridades. **(INICIALES DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____)**

He leído este contrato y entiendo la totalidad del contenido. Además, entiendo por completo las consecuencias del incumplimiento de este contrato.

Nombre del Paciente/Guardián Legal : _____



Firma del Paciente/Guardián Legal (firme a mano por favor): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Office Use Only:
 Copy given to patient _____
 Patient declined copy _____



Rafael D. Guerrero, M.D.
1830 Snake River Road, Ste. B and E
Katy, Texas 77449
Ph: (281) 398-9800 Fax: (281) 398-9823

TELEPSIQUIATRIA

Estimado Paciente,

Con la telepsiquiatría podemos ahora ofrecerle servicios psiquiátricos utilizando herramientas de videoconferencia que son seguras y que cumplen los requisitos de HIPAA. Estos servicios le permiten recibir cuidado psiquiátrico sin estar en la misma localización física que del D. Guerrero.

Usaremos los servicios de Zoom para estas videoconferencias. La arquitectura de seguridad de Zoom nos provee servicios de encriptación y acceso a los controles de juntas para que no sea posible que los datos en tránsito sean interceptados lo que asegura la confidencialidad del paciente.

Barreras potenciales y riesgos de la telepsiquiatría:

- La información transmitida puede ser insuficiente (ej., video de mala resolución) para ocurran las decisiones médicas apropiadas por mi psiquiatra.
- Retrasos en la evaluación y en el tratamiento psiquiátrico podrían ocurrir debido a deficiencias o fallas del equipo.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar causando una brecha en la privacidad de su información médica confidencial.
- En casos poco frecuentes, podría ocurrir que no se tenga acceso a la información completa que podría estar disponible en encuentros cara a cara, pero no en una sesión de telepsiquiatría, lo que podría resultar en la omisión de cuidados que involucren otros problemas de salud o posibles reacciones adversas a las medicinas.

Si usted decide que los beneficios superan los riesgos, se le dará la opción de agendar sesiones de telepsiquiatría cuando nos llame para hacer sus citas. Si el Dr. Guerrero está de acuerdo, se le otorgará el acceso a una consulta de telepsiquiatría. Por favor tengan cuenta que el Dr. Guerrero le enviará el enlace para la videoconferencia justo al momento de su cita, no con anticipación (**no utilizamos salas de espera virtuales para citas de videoconferencia**). Si el Dr. Guerrero está atrasado en su consulta y le envía el enlace unos minutos más tarde de la hora de su cita, tenga la seguridad de que él va a reponer cualquier tiempo perdido.

Sus derechos:

- Todas las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también aplican a la telepsiquiatría.
- Todas las reglas y regulaciones de Texas que aplican a la psiquiatría también aplican a la telepsiquiatría.
- Usted tiene el derecho de negar o retirar su aprobación para el uso de telepsiquiatría en cualquier momento durante el curso de su cuidado, y retirar su consentimiento no afectará ningún cuidado o tratamiento futuro con el Dr. Guerrero.
- El Dr. Guerrero tiene el derecho de negar o retirar su consentimiento para el uso de telepsiquiatría en cualquier momento durante el curso de su cuidado.

Sus responsabilidades: (Por favor escriba sus iniciales como prueba de comprensión)

_____ Yo entiendo que debo estar físicamente dentro del estado de Texas (incluyendo aguas estatales fuera de la costa) para ser elegible para recibir servicios de telepsiquiatría, y que el Dr. Guerrero puede enviar recetas de medicamentos solamente a farmacias o direcciones dentro de Texas. Yo le informaré de mi localización física al Dr. Guerrero tan pronto como mi sesión comience.

_____ Aseguraré la configuración y funcionamiento apropiados de todos mis equipos electrónicos antes del comienzo de mi sesión, ya que el computador, computadora, tableta, o teléfono móvil que yo utilice deberán tener una cámara y audio funcionales para que el Dr. Guerrero pueda verme y escucharme en tiempo real.

_____ No grabaré ninguna sesión de telepsiquiatría sin previo permiso por escrito del Dr. Guerrero y entiendo que el Dr. Guerrero no grabará ninguna de nuestras sesiones telepsiquiátricas sin mi previo permiso por escrito.

_____ Informaré al Dr. Guerrero tan pronto como mi sesión comience si alguien además de mí puede oír o ver cualquier parte de nuestra sesión.

_____ Si pierdo mi conexión durante la sesión, trataré inmediatamente de reconectarme.

_____ Si el audio que estoy recibiendo durante la sesión de telepsiquiatría no es completo y claro, trataré de avisarle al Dr. Guerrero o de llamar a la oficina del Dr. Guerrero al 281-398-9800.

_____ Me aseguraré de tener una tarjeta de crédito válida en mi expediente y entiendo que mi tarjeta de crédito va a ser cargada uno o dos días hábiles antes de mi cita de telepsiquiatría.

_____ Entiendo que la tarifa para las citas de telepsiquiatría y las citas en persona es la misma y que las pólizas de cancelación aplican igualmente tanto para telepsiquiatría como para citas en persona.

Consentimiento del Paciente Para el Uso de Telepsiquiatría: He leído y comprendo la información suministrada acerca de telepsiquiatría. Doy mi consentimiento informado para el uso de telepsiquiatría en mi cuidado médico y autorizo al Dr. Guerrero al uso de telepsiquiatría en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Libero, y estoy de acuerdo en dejar sin responsabilidad al Dr. Guerrero y a su práctica de cualquier lesión u omisión que pueda ser relacionada con el mal funcionamiento o las fallas técnicas de los equipos o sistemas de encriptación.

Firma del Paciente/Guardián Legal (firme a mano): _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente/Guardián Legal (Letra Imprenta): _____

