

PAQUETE Telemedicina

Adulto / Niño

(Para ser explicado al personal y firmado por el individuo, luego ARCHIVADO EN EL GRÁFICO - El individuo recibirá "Orientación individual" al momento de la admisión)



Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

**RESUMEN DE DERECHOS INDIVIDUALES EN SALUD MENTAL COMUNITARIA,
Y ABUSO DE SUSTANCIAS**

(Proporcionar copia al cliente)

Cuando recibe servicios en un programa comunitario de salud mental, retraso mental y / o abuso de sustancias, sus derechos están protegidos por las Reglas y Reglamentos contenidos en el Capítulo 290-4-9. Una copia completa de las Reglas está disponible para usted en el programa donde lo atienden. A continuación se muestra un esquema simplificado de esos derechos. Las Reglas y Reglamentos describen cualquier limitación a estos derechos y otras disposiciones, que pueden aplicarse y deben ser consultadas cuando haya una disputa o pregunta con respecto a cualquiera de estos derechos.

Sus derechos incluyen:

- El derecho a un intérprete si no habla inglés o tiene problemas de audición.
 - El derecho a recibir servicios que respeten su dignidad y protejan su salud y seguridad.
 - El derecho a conocer los nombres y cargos de todos los involucrados en el proceso de planificación e implementación de servicios.
 - El derecho a ser informado de los beneficios y riesgos de su tratamiento.
 - Los derechos a participar en la planificación de su propio programa.
 - El derecho a rechazar el servicio, a menos que un médico o psicólogo con licencia considere que la negativa sería insegura para usted o para otras personas.
 - El derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades.
 - El derecho a recibir servicios rápidos y confidenciales incluso si no puede pagar.
 - El derecho a revisar y obtener copias de sus registros, a menos que el médico u otro personal autorizado considere que no es lo mejor para usted.
 - El derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, personales y de propiedad a los que tiene derecho como ciudadano.
 - El derecho a estar libre de abuso físico o verbal.
 - El derecho a conversar en privado, a tener acceso razonable a un teléfono, a recibir / enviar correo, a recibir visitas y a retener sus efectos personales, ropa y dinero, excepto si la negación es necesaria para el tratamiento / rehabilitación, documentado por un médico / licenciado psicólogo.
 - El derecho a tener directivas anticipadas, como un testamento en vida, poder de atención médica o poder notarial duradero que indique claramente sus deseos de tratamiento.
 - El derecho a presentar una queja si cree que alguno de estos derechos ha sido restringido o negado.
- Si desea saber más sobre sus derechos, puede obtener una copia completa del Reglamento en el informe. También está disponible un resumen del proceso de quejas de derechos individuales.

El Representante Legal / Individual ha tenido la oportunidad de leer, o haberle leído a él / ella, el formulario anterior y hacer preguntas sobre los datos contenidos en el mismo y que tiene en presencia de este miembro del personal.

_____ Nombre impreso del individuo / tutor	_____ Fecha:
_____ Firma del individuo / tutor	_____ Fecha:
_____ NP Evaluadora / testigo nombre impreso	_____ Fecha:
_____ NP Firma de la evaluadora / testigo	_____ Fecha:

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

PLAN DE SEGURIDAD - PLAN DE PREVENCIÓN DE CRISIS

Nombre impreso de la persona: _____

Fecha: _____

COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS: Estos son comportamientos que a veces muestro, especialmente cuando estoy estresado:

- | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Perder los estribos | <input type="checkbox"/> Pelear / agredir a personas | <input type="checkbox"/> Sentirse suicida | <input type="checkbox"/> Huyendo | <input type="checkbox"/> Using other drugs |
| <input type="checkbox"/> Lastimarme | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Amenazar a otros | <input type="checkbox"/> Usar alcohol | <input type="checkbox"/> Feeling unsafe |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa): | | | | |

ACTIVADORES: Cuando suceden estas cosas, es más probable que me sienta inseguro y molesto:

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No ser escuchado | <input checked="" type="checkbox"/> Sentirse presionado | <input checked="" type="checkbox"/> Siendo tocado | <input checked="" type="checkbox"/> Falta de privacidad | <input checked="" type="checkbox"/> Gente gritando |
| <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes | <input checked="" type="checkbox"/> Sentirse sola | <input checked="" type="checkbox"/> Argumentos | <input checked="" type="checkbox"/> No tener el control | <input checked="" type="checkbox"/> Estar aislado |
| <input type="checkbox"/> Oscuridad | <input checked="" type="checkbox"/> Ser mirado | <input checked="" type="checkbox"/> Siendo objeto de burlas | <input checked="" type="checkbox"/> Hora particular del día: | <input checked="" type="checkbox"/> Época particular del año: |
| <input type="checkbox"/> Contacto con la familia | <input checked="" type="checkbox"/> Persona particular: | <input checked="" type="checkbox"/> Otro (describa): | | |

SEÑALES DE ADVERTENCIA: Estas son cosas que otras personas pueden notar que hago si empiezo a perder el control:

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sudando | <input type="checkbox"/> Respirando fuerte | <input type="checkbox"/> Corazón acelerado | <input type="checkbox"/> Apretar los dientes | <input type="checkbox"/> Apretando los puños |
| <input type="checkbox"/> Cara roja | <input type="checkbox"/> Retorcerse las manos | <input type="checkbox"/> Voz alta | <input type="checkbox"/> Durmiendo mucho | <input type="checkbox"/> Dormir menos |
| <input type="checkbox"/> Actuar histérico | <input type="checkbox"/> Maldecir | <input type="checkbox"/> Rebotando las piernas | <input type="checkbox"/> Balanceo | <input type="checkbox"/> Inquieto |
| <input type="checkbox"/> Ser grosero | <input type="checkbox"/> Llorando | <input type="checkbox"/> Nangotarse | <input type="checkbox"/> Dañar cosas | <input type="checkbox"/> Comiendo mas |
| <input type="checkbox"/> Comiendo menos | <input type="checkbox"/> Comer menos | <input type="checkbox"/> Desquido | <input type="checkbox"/> Aislar / evitar a las personas | <input type="checkbox"/> Riendo en voz alta |
| <input type="checkbox"/> Cantar de manera inapropiada | <input type="checkbox"/> Ponerse muy callado | | <input type="checkbox"/> Otro (describa): | |

INTERVENCIONES: Estas son cosas que pueden ayudarme a calmarme y mantenerme a salvo cuando me siento molesto:

(Marque lo que sabe que funciona; destaque las cosas que le gustaría probar en el futuro)

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Descanso en mi habitación | <input type="checkbox"/> Escuchando música | <input type="checkbox"/> Leyendo un libro | <input type="checkbox"/> Sentado con el personal | <input type="checkbox"/> Llamando a la familia (¿quién?) |
| <input type="checkbox"/> Hablar con amigos | <input type="checkbox"/> Hablar con un adulto | <input type="checkbox"/> Colorear | <input type="checkbox"/> Moldiando Arcilla | <input type="checkbox"/> Humor |
| <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Un paño frío en la cara | <input type="checkbox"/> Escribir en un diario | <input type="checkbox"/> Golpear una almohada | <input type="checkbox"/> Abrazar a un animal de peluche |
| <input type="checkbox"/> Tomando una ducha caliente | <input type="checkbox"/> Tomar una ducha fría | <input type="checkbox"/> Jugando a las cartas | <input type="checkbox"/> Videjuegos | <input type="checkbox"/> Acostada |
| <input type="checkbox"/> Rompiendo papel | <input type="checkbox"/> Gritando en la almohada | <input type="checkbox"/> Aguantando hielo en mi mano | <input type="checkbox"/> Recibir un abrazo | <input type="checkbox"/> Usar el gimnasio |
| <input type="checkbox"/> Rebotar una pelota | <input type="checkbox"/> Apoyo del personal masculino | <input type="checkbox"/> Apoyo del personal femenino | <input type="checkbox"/> Respiración profunda | <input type="checkbox"/> Hablar con mi therapista |
| <input type="checkbox"/> Dibujo | <input type="checkbox"/> Que le lean una historia | <input type="checkbox"/> Hacer un collage | <input type="checkbox"/> Llorando | <input type="checkbox"/> Reventar plástico de burbujas |
| <input type="checkbox"/> Estar con otros | <input type="checkbox"/> Haciendo oficios | <input type="checkbox"/> Agua fría en las manos | <input type="checkbox"/> Beber té de hierbas | <input type="checkbox"/> Usar una mecedora |

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

COSAS QUE LO EMPEORAN: Estas son cosas que NO me ayudan a calmarme o mantenerme a salvo:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estar solo | <input type="checkbox"/> Estar con gente | <input type="checkbox"/> Humor | <input type="checkbox"/> No ser escuchado | <input type="checkbox"/> Compañeros burlándose |
| <input type="checkbox"/> Ser irrespetado | <input type="checkbox"/> Tono de voz alto | <input type="checkbox"/> Ser ignorado | <input type="checkbox"/> Tener el apoyo del personal | <input type="checkbox"/> Hablar con una adulta |
| <input type="checkbox"/> Recordado de los reglas | <input type="checkbox"/> Siendo tocado | <input type="checkbox"/> • Otro (describa): | _____ | |

Plan Para Crisis:	RESPUESTA	CONTACTO DE SEGURIDAD
1). Intentaré notar las siguientes señales de advertencia y desencadenantes:		Contactos y recursos del plan de seguridad (Personas a las que puedo pedir ayuda)
2). Me gustaría que el personal o mi familia noten las siguientes señales de advertencia:		1). Nombre / Rol _____
3). Cuando note estos desencadenantes o señales de advertencia, tomaré medidas para evitar que se desarrolle una crisis haciendo lo siguiente:		Contacto # _____
4). Cuando el personal o mi familia notan que me estoy enojando, me gustaría que me ayudaran a prevenir una crisis haciendo lo siguiente:		2). Nombre / Rol _____
5). Cuando manejo una posible crisis sin hacer nada que la empeore, puedo recompensarme con:		Contacto # _____
6). Otras ideas sobre qué hacer si se desarrolla una crisis:		3). Nombre / Rol _____
Si la Descompensación es evidente, contrate GA Crisis y Acceso línea: 1 (800)715 4225 y/o 911 Y / O VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA		
Plan de seguridad (guía)		Mi plan de seguridad (guía)
Cosas a notar::	Cosas para probar:	

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

<p><u>Cosas que pueden provocarte:</u> Ruidos fuertes repentinos, burlas, que le digan "no", estar físicamente abarrotado, recordar las reglas, la hora de la cena</p> <p><u>Señales de advertencia:</u> Quedarme muy callado, retraerme, apretar los puños, palpar el corazón, pensar "no es justo", tener dolor de cabeza</p>	<p><u>Distracciones:</u> jugar un videojuego, hacer un crucigrama, llamar a un amigo por teléfono, hacer algo de ejercicio físico (correr alrededor de la cuadra, jugar al aro, saltar la cuerda), agarrar un cubo de hielo</p> <p><u>Autocalmante:</u> poner música alegre, tomar una ducha caliente, tocar mi guitarra, tomar una taza de té, decirme a mí mismo "Puedo manejarlo", respirar profundo</p> <p><u>No intente:</u> diciéndome que "me relaje", dándome un abrazo, viendo una película triste</p>
---	---

Nombre impreso de la persona: _____ Firma de la persona: _____ Fecha: _____

NP Nombre impreso del personal / testigo: _____ NP Firma del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre _____

FDN: _____

Doy fe de que voluntariamente ingresé al tratamiento / solicité servicios o di mi consentimiento para el menor / persona bajo mi tutela legal mencionada anteriormente. Doy mi consentimiento para que el tratamiento sea proporcionado por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, consejero o pasante en colaboración con su supervisor. Entiendo que New Progressions, LLC es un programa integral de salud conductual y no ofrece solo servicios de administración de medicamentos. Se me han explicado los derechos, riesgos y beneficios asociados con el tratamiento. Entiendo que cualquiera de las partes puede interrumpir la terapia en cualquier momento. New Progressions, LLC, Inc. ("NP") alienta a que se discuta esta decisión con el terapeuta tratante. Esto ayudará a facilitar un plan de alta más apropiado.

Alta no voluntaria del tratamiento: Un cliente puede ser despedido de NP de forma no voluntaria, si:

- A) El cliente exhibe violencia física, abuso verbal, porta armas o participa en actos ilegales en la clínica.
- B) El cliente se niega a cumplir con las reglas del programa estipulado, se niega a cumplir con las recomendaciones de tratamiento o no realiza el pago de manera oportuna.

El cliente será notificado del alta no voluntaria por carta. El cliente puede apelar esta decisión con el Director Clínico o solicitar volver a solicitar los servicios en una fecha posterior.

Aviso de confidencialidad del cliente: La confidencialidad de los registros de pacientes mantenidos por NP y / o leyes y regulaciones estatales. Generalmente, NP no puede decirle a una persona fuera de NP que un cliente asiste al programa o revelar cualquier información que identifique a un paciente como un abusador de alcohol o drogas a menos que:

- 1) El cliente consiente por escrito
- 2) La divulgación está permitida por una orden judicial
- 3) La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.

La violación de las leyes y reglamentos federales y / o estatales por parte de un centro de tratamiento o proveedor es un delito. Las presuntas violaciones pueden informarse a las autoridades correspondientes. Las leyes y regulaciones federales y / o estatales no protegen ninguna información sobre un crimen cometido por un paciente en NP contra cualquier persona que trabaje para el programa, o sobre cualquier amenaza de cometer tal crimen. Las leyes y reglamentaciones federales no protegen ninguna información sobre la sospecha de abuso o negligencia de niños (o adultos vulnerables) o el abuso de adultos para que no se denuncien según las leyes federales y / o estatales a las autoridades estatales o locales correspondientes. Los profesionales de la salud deben informar la exposición prenatal admitida a sustancias controladas que son potencialmente dañinas. Es deber de NP advertir a cualquier víctima potencial, cuando se ha producido una amenaza significativa de daño. En el caso de la muerte de un cliente, el cónyuge o los padres de un cliente fallecido tienen derecho a acceder a los registros de su hijo o cónyuge. La mala conducta profesional por parte de un profesional de la salud debe ser reportada por otros profesionales de la salud, en los cuales los registros de los clientes relacionados pueden ser divulgados para fundamentar preocupaciones disciplinarias. Mi firma a continuación indica que se me ha dado una copia de mis derechos con respecto a la confidencialidad. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Los datos del cliente sobre los resultados clínicos se pueden utilizar para fines de evaluación del programa, pero los resultados individuales no se divulgarán a fuentes externas.

Al firmar este consentimiento, declaro que entiendo y acepto el tratamiento que recibiré y que se me han explicado los beneficios y riesgos de este procedimiento. Entiendo que puedo terminar o retirarme de este tratamiento en cualquier momento.

Doy mi consentimiento para el tratamiento y acepto cumplir con lo anterior.

Nombre impreso del individuo /Guardian

Fecha:

Firma del individuo / Guardian

Fecha:

NP Evaluadora / testigo nombre impreso

Fecha:

NP Firma de la evaluadora / testigo

Fecha:

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

Información sobre directivas avanzadas

Ley de autodeterminación del paciente

A partir del 1 de diciembre de 1991 entraron en vigor las disposiciones de la Ley de autodeterminación del paciente. Esta ley requiere que ciertas instalaciones de atención médica que participan en los programas de Medicare o Medicaid proporcionen a las personas información sobre sus derechos según la ley estatal para tomar decisiones sobre la atención médica. Esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento y ejecutar testamentos en vida, poderes notariales y otras directivas anticipadas que aborden la prestación de atención médica y atención psiquiátrica. No se negará la atención médica porque una persona no tenga una directiva anticipada.

Directiva psiquiátrica avanzada

Las instrucciones psiquiátricas anticipadas es un documento que describe la atención psiquiátrica que le gustaría recibir en caso de que no pueda tomar la decisión por sí mismo o por una persona sobre la que tenga la tutela. Cualquier persona con una enfermedad mental grave y persistente debería considerar la posibilidad de obtener una. Sin embargo, en la actualidad, una directiva anticipada psiquiátrica no es un documento legal en el estado de Georgia. Hay un proyecto de ley ante la legislatura estatal para convertirlos en un documento legal.

Directivas avanzadas

Una directiva anticipada es un documento escrito, como un testamento en vida o un poder notarial duradero para la atención médica, que aclara sus deseos con respecto a su atención médica y psiquiátrica si no puede comunicar sus decisiones a su proveedor de atención.

Testamento vital

Un testamento en vida es una directiva escrita que le permite indicar qué tipo de tratamiento médico desea o no desea recibir si está demasiado enfermo o lesionado para dirigir su propia atención, hasta e incluyendo retener o retirar el salvamento y / o mantenimiento de vidas. procedimientos. La ley estatal describe un tipo específico de formulario que se debe utilizar para que un testamento vital sea válido. Este formulario debe estar firmado, fechado y atestiguado.

Poder notarial duradero para atención médica

Un poder notarial duradero, también conocido como poder notarial médico, es un documento legal firmado, fechado y atestiguado en el cual usted designa a una persona de confianza (un agente o apoderado) para que tome decisiones médicas por usted si usted se vuelve incapaz de tomar las decisiones usted mismo. Puede otorgar a su agente la autoridad para supervisar los deseos que ha establecido en su declaración de atención médica, así como el poder de tomar otras decisiones necesarias sobre asuntos de atención médica.

_____ Actualmente tengo lo siguiente y estoy proporcionando una copia al personal de Nuevas Progresiones:

- Directivas anticipadas para crisis médicas
- Directivas avanzadas para crisis psiquiátricas

_____ No tengo ninguna directiva avanzada

Si está interesado en obtener una directiva avanzada, puede comunicarse con:

La red individual de salud mental de Georgia
1-800-297-6146
www.gmhcn.org
Asociación Nacional de Salud Mental (NAMI)
1-800-969-6642
www.nmha.org/position/advanceddirectives.cfm
Puede ir al Centro Brazelon para la Ley de Salud Mental
202-467-5730
www.bazelon.org/publications/advanceddirectives

El personal de New Progressions no puede ayudar en la redacción o presenciar una directiva anticipada psiquiátrica

Nombre impreso del individuo / tutor

Fecha

Firma del individuo / tutor

Fecha

Nombre impreso del asesor / testigo de NP

Fecha

Firma del Asesor / Testigo NP

Fecha

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

COVID-19

COVID-19 ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se transmite principalmente por contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales, y las agencias de salud federales y estatales recomiendan el distanciamiento social y, en muchos lugares, han prohibido la congregación de grupos de personas.

New Progressions, LLC ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, New Progressions, LLC no puede garantizar que usted o su (s) hijo (s) no se infectarán con COVID-19. Además, asistir a las citas en persona con New Progressions, LLC podría aumentar su riesgo y el riesgo de sus hijos de contactarse con COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo, mi familia o mis hijos podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al asistir a citas en persona con New Progressions, y que dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 en New Progressions, LLC puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, New Progressions, LLC, sus empleados, contratistas, voluntarios, pasantes y otros participantes y sus familias.

Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva por cualquier lesión a mí y / o a mis hijos (incluidos, entre otros, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto de cualquier tipo que yo o mi (s) hijo (s) podamos experimentar o incurrir en relación con mi asistencia o la asistencia de mi (s) hijo (s) a citas en persona con New Progressions, LLC, sus empleados, contratistas, agentes, pasantes, voluntarios y representantes de y de los reclamos, incluyendo todas las responsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con los mismos. Entiendo y acepto que la divulgación incluye cualquier reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencia de New Progressions, LLC, sus empleados, agentes, personal, contratistas y representantes, ya sea que ocurra una infección por COVID-19 antes, durante o después de la participación. en cualquier cita en persona con New Progressions, LLC.

Nombre del participante en letra de imprenta

Firma y fecha del participante

LÍNEA DIRECTA DE COVID-19: 646-697-4000

For Office Use Only: Referred To: _____ **Incident Report Completed** **Staff Initials** _____

Comments: _____

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

AUTHORIZATION TO REQUEST/RELEASE INFORMATION

Nombre del cliente: _____	FDN: _____	Género: _____
Nombre del Padre / Guardian: _____	Número de contacto: _____	
Número de seguridad social: _____	Proveedor de seguros: _____	
Dirección de correo electrónico: _____		

Doy consentimiento Para obtener una solicitud de registros de y / o Para entregar registros a:

Solicitud desde fecha: _____	Hasta la fecha: _____
Nombre de agencia: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: __ Código Postal: _____
Teléfono: _____	Número de fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____	

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica
<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento o resumen
<input type="checkbox"/> Actualización de tratamiento actual
<input type="checkbox"/> Información sobre el manejo de medicamentos y / o información sobre el cumplimiento o la participación en el tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes toxicológicos / Pantallas de fármacos
<input type="checkbox"/> Exámenes / evaluaciones médicos / de enfermería
<input type="checkbox"/> Progreso en el tratamiento
<input type="checkbox"/> Información demográfica
<input type="checkbox"/> Plan de atención continua
<input type="checkbox"/> Resumen de alta / transferencia
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|--|

Propósito:

El propósito de esta divulgación de información es mejorar la evaluación y la planificación del tratamiento, compartir información relevante para el tratamiento y, cuando sea apropiado, coordinar los servicios de tratamiento. Si tiene otro propósito, especifique:

Revocación:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a New Progressions, LLC LLC en 5526 Old National Hwy Ste B Atlanta Georgia 30349. Entiendo además que una revocación de la autorización no es eficaz en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en la autorización.

Vencimiento

A menos que sea revocado antes, este consentimiento vence UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA.

Condiciones

Además, entiendo que New Progressions, LLC LLC no condicionará mi tratamiento sobre si doy autorización para la divulgación solicitada. Sin embargo, se me ha explicado que no firmar esta autorización puede tener las siguientes consecuencias: Si los servicios (es decir, psiquiátricos, diagnóstico confirmado, tratamiento por abuso de sustancias y terapia) se ven obstaculizados, evitar que el médico defienda o actúe adecuadamente en el en el mejor interés, o crear un peligro debido a que los clientes se niegan a firmar la autorización, entonces New Progressions, LLC LLC puede optar por no continuar con los servicios al cliente.

Forma de divulgación

A menos que haya solicitado específicamente por escrito que la divulgación se realice en un formato determinado, nos reservamos el derecho de divulgar información según lo permitido por esta autorización de cualquier manera que consideremos apropiada y consistente con la ley aplicable, incluyendo, pero no limitado a , verbalmente, en formato papel o electrónicamente.

Re-divulgación

La ley federal prohíbe a la persona u organización a la que se hace la divulgación hacer cualquier divulgación adicional de información sobre el tratamiento por abuso de sustancias, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por la autorización escrita de la persona a la que pertenece o según lo permita 42 C.F.R. Parte 2. El destinatario de la información puede volver a divulgar otros tipos de información en las siguientes circunstancias: emergencia médica o que ponga en peligro la vida

Firma del individuo Fecha

Firma del padre, guardian o representante personal Fecha

Si firma como representante personal de una persona, describa su autoridad para actuar en nombre de esta persona (poder notarial, sustituto de atención médica, etc.).

_____ Iniciales aquí si la paciente / cliente se niega a firmar la autorización

Firma del personal / testimonio de título

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------

Telemedicine Member Consent Form

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ID de GA MED #:

1. PROPÓSITO: El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telemedicina en relación con el siguiente procedimiento (s) y / o servicio (s): Manejo de medicamentos, envío y recepción de documentos electrónicamente, consejería, capacitación en habilidades y todos los servicios CORE para mantener mi salud mental.
2. NATURALEZA DE LA CONSULTA DE TELEMEDICINA: Durante la consulta de telemedicina:
- a. Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y pruebas se discutirán con otros profesionales de la salud mediante el uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
- segundo. Es posible que le realicen un examen físico.
- C. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telemedicina para ayudar en la transmisión de video.
- re. Es posible que se le tomen grabaciones de video, audio y / o fotos durante los procedimientos o servicios.
1. INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS: Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telemedicina. Tenga en cuenta, no todas las telecomunicaciones se registran y almacenan. Además, la divulgación de cualquier imagen o información identificable del paciente para esta interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se realizará sin su consentimiento.
 2. CONFIDENCIALIDAD: Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telemedicina, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal de Georgia se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telemedicina..
 3. DERECHOS: Puede negar o retirar su consentimiento para la consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro o correr el riesgo de perder o retirar los beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho..
 4. DISPUTAS: Usted acepta que cualquier disputa que surja de la consulta de telemedicina se resolverá en Georgia y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas..
 5. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS: Se le ha informado de todos los posibles riesgos, consecuencias y beneficios de la telemedicina. Su médico ha analizado con usted la información proporcionada anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y comprende la información escrita proporcionada anteriormente..

Acepto participar en una consulta de telemedicina para los procedimientos descritos anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
------------------------	------	--------------------------------------	------

Nombre de la consejera/clinica

--

Nombre de padres (s)/ guardia

--

Personal responsable de la coordinacion

--

Firma del cliente

Fecha

Firma de los padres

Fecha

Firma del asistente social

Fecha

Firma del médico autorizado

Fecha

Firma del psiquiatra

Fecha

Firma del NP psiquiátrico

Fecha

Nombre del consumidor:	FDN:	Nº de identificación del consumidor:	FDS:
-------------------------------	-------------	---	-------------