



**Formulario de
Registro Pediátrico**

Demografía

Nombre del Paciente: _____ [] Hombre [] Mujer [] Otro

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social del Paciente _____

Etnicidad: _____ Idioma Preferido: _____

Diagnostico Actual (si corresponde): _____

Nombre (Persona completando este formulario): _____

Nombre de Escuela: _____

Numero de Telefono de la Escuela: _____

Dirección de Casa: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información del Doctor

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Médico de Referencia: _____ Teléfono: _____ Especialidad: _____

Información del Seguro/Insurance Information

Tipo de Seguro Primario/*Primary Insurance Type*:

_____ Tipo de Seguro Secundario/*Secondary Insurance Type*:

Numero de Miembro/*Member ID Number*: _____

Numero de Grupo/*Group Number*: _____

Numero de Miembro/*Member ID Number*: _____

Nombre del Titular/*Policy Holder's Name*:

Numero de Grupo/*Group Number*: _____

Nombre del Titular /*Policy Holder's Name*:

Fecha de Nacimiento del Titular/*Policy Holder's DOB*:

Fecha de Nacimiento del Titular/*Policy Holder's DOB*:

Seguro Social del Titular/*Policy Holder's Social Security #*:

Seguro Social del Titular/*Policy Holder's Social Security #*:

Información del Guardián

Nombre del Guardián/*Guardian Name*: _____

Nombre del Guardián/*Guardian Name*: _____

Relación al Paciente/*Relationship to Patient*: _____

Relación al Paciente/*Relationship to Patient*: _____

Fecha de Nacimiento/*Date of Birth*: _____

Fecha de Nacimiento/*Date of Birth*: _____

Numero de Seguro Social/*Social Security #*: _____

Numero de Seguro Social/*Social Security #*: _____

Estado Civil/*Marital Status*: _____

Estado Civil/*Marital Status*: _____

Ocupación/*Occupation*: _____

Ocupación/*Occupation*: _____

Teléfono de Casa/*Home Phone*: _____

Teléfono de Casa/*Home Phone*: _____

Celular/*Cell Phone*: _____

Celular/*Cell Phone*: _____

Teléfono de Trabajo/*Work Phone*: _____

Teléfono de Trabajo/*Work Phone*: _____

Correo Electrónico/*E-mail Address*: _____

Teléfono de Trabajo/*Work Phone*: _____

Motivo Principal de la visita de hoy

Por favor describa sus preocupaciones principales. (Cuánto tiempo ha notado sus preocupaciones?) _____

¿Ha tratado de resolver estas preocupaciones? [] Si [] No

¿Fueron efectivos sus intentos? [] Si [] No [] No esta seguro/a

¿Hubo un evento que ha causado que usted busque tratamiento? [] Si [] No [] No esta seguro/a

Lista Actual de Síntomas

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Humor depresivo/ Con tristeza | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Agresión Verbal | <input type="checkbox"/> Agresión Física |
| <input type="checkbox"/> Problema de sueño | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés | <input type="checkbox"/> Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos incontrolables/Acelerados | <input type="checkbox"/> Pensamientos de dañar alguien más o a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Aumento en comportamiento arriesgado |
| <input type="checkbox"/> Energía excesiva | <input type="checkbox"/> Berrinches |
| <input type="checkbox"/> Aumento en irritabilidad | <input type="checkbox"/> Necesidad reducida de sueño |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Problemas de drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre padre e hijos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre padres | |
| <input type="checkbox"/> Conflicto entre hermanos | |

Ambiente Escolar

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas académicos | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con los compañeros | <input type="checkbox"/> Dificultades de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con la autoridad | <input type="checkbox"/> Problemas de atención |
| <input type="checkbox"/> Pobre asistencia a la escuela | <input type="checkbox"/> Dolores relacionados con la escuela |

Historia Prenatal

¿Cómo estuvo la salud de la madre durante el embarazo? _____

Edad de la madre al nacer el niño: _____

¿Tuvo la madre algún expuesto a drogas, alcohol o tabaco durante el embarazo? No Si

El nacimiento del niño fue:

[] A tiempo [] Tarde [] Prematuro

Cuantas semanas: _____

El parto fue:

[] Normal [] Cesárea [] Succión [] Inducido [] Forceps [] Pelvico/ De nalgas

Longitud y peso al nacer : _____Lbs _____oz Longitud _____ Pulgadas

Puntaje de APGAR _____

¿Hubo Complicaciones después del nacimiento? _____

Etapas del Desarrollo

¿Como fue cuidar a su hijo/a ?

- Muy Fácil Normal Muy Dificil
 Fácil Dificil

¿ Como se comporto su hijo/a con otras personas?

- Más sociable que el promedio
 Sociabilidad media
 Más insociable que el promedio

Califique el nivel de actividad de su hijo/a

- Muy activo Menos activo
 Activo No activo
 Promedio

Edad en que su hijo/a se sentó

- 3-6 meses 7-12 meses Mas de 12 meses

Edad en que su hijo/a gateo

- 3-6 meses 7-12 meses Mas de 12 meses

Edad en que su hijo/a camino solo/a

- 3-6 meses 7-12 meses Mas de 12 meses

¿A qué edad comenzó su hijo/a a hablar palabras sueltas que no sean “mama” o “papa”?

- 9-13 meses 19-25 meses 37-48 meses
 14-18 meses 25-36 meses

¿A qué edad comenzó su hijo/a a colocar dos o más palabras juntas?

- 9-13 meses 19-25 meses 37-48 meses
 14-18 meses 25-36 meses

¿A qué edad aprendió su hijo/a a controlar su vejiga?

- Menos de 1 año 1-2 años 2-3 años
 3-4 años Todavía no tiene control

¿A qué edad aprendió su hijo/a controlar las deposiciones?

- Menos de 1 año 1-2 años 2-3 años
 3-4 años Todavía no tiene control

Historial Medico

Fecha del Examen físico más reciente: _____

Por favor de marcar los problemas significativos o relevantes, eso incluye diagnósticos y las edades cuando fueron diagnosticados.

[] Concusion Cerebral [] Problemas de Vision [] Problemas Auditivos [] Convulsiones

¿Ha sido tratado/a por otros profesionales? [] Yes [] No

Medicamento

actual: _____

Historial Medico (E.g lesiones, sirugias, hospitalizaciones, diagnosticos): _____

Alergias: _____

Por favor marque todos lo medicamentos historiales

Antidepressivos/Antidepressants

- [] Prozac (fluoxetine)
- [] Zoloft (sertraline)
- [] Luvox (fluvoxamine)
- [] Celexa (citalopram)
- [] Lexapro (escitalopram)
- [] Paxil (paroxetine)
- [] Pristiq (desvenlafaxine)

Ansiolitico (Anxiolytics)

- [] Xanax (alprazolam)
- [] Buspar (buspirone)
- [] Ativan (lorazepam)
- [] Vistaril (hydroxyzine)
- [] Klonopin (clonazepam)
- [] Valium (diazepam)
- [] Librium (chlordiazepoxide)
- [] Tranxene (clorazepate)

- [] Cymbalta (duloxetine)
- [] Effexor (venlafaxine)
- [] Wellbutrin (Bupropion)
- [] Remeron (mirtazapine)
- [] Viibryd (vilazodone)
- [] Trintellix (vortioxetine)
- [] Elavil (amitriptyline)
- [] Anafranil (clomipramine)
- [] Sinequan (doxepin)
- [] Tofranil (imipramine)
- [] Pamelor (nortriptyline)
- [] Savella (milnacipran)
- [] Fetzima (levomilnacipran)
- [] Otro/Other: _____

Antipsicoticos/Antipsychotics

Antipsicoticos atipicos/Atypical Antipsychotics/Mood Stabilizers

- [] Thorazine (chlorpromazine)
- [] Haldol (haloperidol)
- [] Abilify (aripiprazole)
- [] Clozaril (clozapine)
- [] Latuda (lurasidone)
- [] Zyprexa (olanzapine)
- [] Seroquel (quetiapine)

Estabilizadores/Mood Stabilizers

- [] Tegretol (carbamazepine)
- [] Neurontin (gabapentin)
- [] Risperdal (risperidone)
- [] Geodon (ziprasidone)
- [] Haldol (haloperidol)
- [] Prolixin (fluphenazine)
- [] Saphris (asenapine)
- [] Lamictal (lamotrigine)
- [] Trileptal (oxcarbazepine)
- [] Topamax (topiramate)

Sedantes/Sedatives/Sleep Aides

- [] Ambien (zolpidem)
- [] Sonata (zaleplon)
- [] Rozerem (ramelteon)
- [] Restoril (temazepam)
- [] Desyrel (trazodone)
- [] Lunesta (eszopiclone)

- [] Anafranil (clomipramine)
- [] Sinequan (doxepin)
- [] Tofranil (imipramine)
- [] Pamelor (nortriptyline)
- [] Savella (milnacipran)
- [] Fetzima (levomilnacipran)
- [] Other: _____

- [] Serax (oxazepam)
- [] Other: _____
- [] Other: _____

- [] Rexulti (brexpiprazole)
- [] Invega (paliperidone)
- [] Fanapt (iloperidone)
- [] Other: _____
- [] Depakote (valproate)
- [] Other: _____

- [] Belsomra (suvorexant)
- [] Other: _____

TDAH/ ADHD

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adderall (amphetamine) | <input type="checkbox"/> Ritalin (methylphenidate) | <input type="checkbox"/> Tenex/Intuniv (guanfacine) |
| <input type="checkbox"/> Adderall XR | <input type="checkbox"/> Daytrana (methylphenidate) | |
| <input type="checkbox"/> Evekeo (amphetamine) | <input type="checkbox"/> Metadate (methylphenidate) | <input type="checkbox"/> Mydayis (mixed amphetamine salt) |
| <input type="checkbox"/> Zenedi (amphetamine) | <input type="checkbox"/> Dyanavel XR | <input type="checkbox"/> Cotempla XR |
| <input type="checkbox"/> Adzenys XR (amphetamine) | <input type="checkbox"/> Strattera (atomoxetine) | (methylphenidate) |
| <input type="checkbox"/> Concerta (methylphenidate) | <input type="checkbox"/> Quillivant XR | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Kapvay (clonidine) | |

Historial de Familia (Por favor indique cualquier familiar que haya sido diagnosticado o que ha tenido experiencia de lo siguiente)

	Madre/ <i>Mother</i>	Padre/ <i>Father</i>	Hermano(a) <i>/Sibling</i>	Abuelos Maternal/ <i>Materna</i> Grandparents	Abuelos Paternal/ <i>Paternal</i> Grandparents	Otro/ <i>Other</i>
Depresion						
Ansiedad						
Abuso de substancia						
Discapacidad de aprendizaje						
TDAH/ADHD						
Trastorno Bipolar						
Psicosis/ Esquizofrenia						
Trastorno obsesivo						
Comportamiento Suicida						
Auto-lesiones						
Trastorno de Convulsiones						
Espectro Autista						
Discapacidad Intelectual						
Abuso						
Problema de tiroide						
Otro						

Historia Psiquiatrica

¿Ha recibido su hijo/a cualquiera de los servicios or sentimientos?

- Terapia Individual: Si No
- Terapia Familiar: Si No
- Terapia de Grupo: Si No
- Examen Psicometricos: Si No
- Hospitalización Psiquiátrica: Si No
- Ideación Suicida en el pasado : Si No
- Comportamiento Agresivo o Ideación Homicida: Si No

- Diagnostico Previo: Si No

Historia de Trauma

¿En alguna vez ha tenido experiencia o presenciado algún tipo de abuso? Sí No

- Abuso emocional : Si No
- Abuso físico : Si No
- Abuso sexual Si No
- Negligencia: Si No

Educacion

¿En alguna vez a repetido el año? Si No

¿En alguna vez ha sido su hijo/a suspendido/a? Si No

¿Su hijo/a requiere de servicios especiales en la escuela (ya sea un IEP o plan de 504B)? Si No

¿Está su hijo en el programa de superdotados/ educación avanzada? Si No

La materia mas dificil para mi hijo/a es:

¿Está su hijo/a involucrado/a en alguna actividad extracurricular? Si No

¿Tienen los maestros de su hijo/a alguna preocupación? Si No

Abuso de Substancias

¿Su hijo/a consume alcohol? Si No

¿Su hijo/a usa drogas? Si No

Actividades de la vida diaria

Mi hijo/a duerme generalmente de: _____ a _____

Duerme independientemente

No duerme independientemente

¿Tiene preocupaciones sobre los hábitos de alimentación de su hijo/a?

Historial de Familia y Relaciones:

Estado Civil de los Padres

[] Casados por: _____

[] Divorciados por: _____

[] Unidos por: _____

Quien está viviendo en el hogar? Incluya nombres, edades, y relación al paciente

Si aplica, por favor incluya los arreglos de custodia: _____

Vida Espiritual

Es parte de una religión o un grupo espiritual? [] Si [] No [] Prefer not to answer

Hay factores culturales que puedan impactar el tratamiento del paciente? [] Si [] No

Por favor marque de las siguientes agencias que están o estuvieron involucradas con su hijo/a o la familia.

[] Departamento de Niños y Familia

[] Oficiales de Libertad Condicional

[] Otro: _____

Otra información que usted quisiera dejarle saber a los proveedores:

Nombre Imprimado de el Paciente/ Padre o Guardián

Relación al Paciente

Firma del Paciente/ Padre o Guardian

Fecha

Elite DNA Therapy Services, LLC
Consentimiento para Tratar

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento a los Servicios y Procedimientos Médicos

_____ (iniciales) Al firmar este formulario, el paciente o el representante legal del paciente consiente la atención general y médica que incluye, servicios psiquiátricos, servicios psicológicos, servicios medicos, exámenes de laboratorio realizados bajo las instrucciones generales o especiales del proveedor(es) que practican dentro de Elite DNA Therapy Services.

_____ (iniciales) Entiendo que los posibles beneficios de someterse a los servicios ofrecidos por Elite DNA Therapy Services, LLC pueden incluir una mejoramiento en el funcionamiento de mí o de mi hijo y / o una mayor comprensión de mí o de mi hijo. Entiendo que los riesgos potenciales pueden incluir un posible desacuerdo con las opiniones que se me ofrecen y una posible angustia emocional con respecto a mi situación. Entiendo que los procedimientos alternativos pueden incluir servicios proporcionados por otros psicólogos, psiquiatras o profesionales de la salud mental.

_____ (iniciales) Entiendo que aunque la evaluación y / o el tratamiento se basarán en principios e investigaciones conocidas, la práctica no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me han hecho garantías con respecto a los resultados de las evaluaciones y / o tratamientos o servicios proporcionados por Elite DNA Therapy Services, LLC.

_____ (iniciales) Verificó que soy el paciente O el tutor legal del paciente según el Capítulo 744 del Estatuto del Estado de Florida para lo anterior y además certifico que la información, los registros y otros documentos que he proporcionado a Elite DNA Therapy Services, LLC (ya sea verbalmente o por escrito) son exactos a lo mejor de mi conocimiento.

_____ (iniciales) Yo reconozco que he revisado el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) y los documentos de Derechos y responsabilidades de los pacientes. Entiendo que puedo solicitar copias Se pueden usar copias firmadas de consentimientos, acuerdos y autorizaciones en lugar del original escaneado en una tabla de registros médicos.

Al firmar a continuación, aceptó dar mi consentimiento para el tratamiento y mi comprensión de la información descrita en este documento. He leído este consentimiento y he podido hacer preguntas.

Nome Imprimido de Paciente o Tutor Legal

Relación al paciente

Firma de Paciente o de Tutor Legal

Fecha

Elite DNA Therapy Services, LLC
Políticas Generales, Asignaciones de Seguro y Acuerdo Financiero

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Políticas Generales

_____ (Iniciales) **Servicios de Emergencia**– Elite DNA Therapy Services, LLC no es una clínica de 24 horas. NO BRINDAMOS SERVICIOS DE EMERGENCIA. En caso de emergencias, llame al 911 o visite a la sala de emergencias más cercana. Para los servicios fuera del horario de atención que no requieran servicios de emergencia, llame a la oficina y siga las instrucciones.

_____ (Iniciales) **Citas Perdidas/Canceladas** – Un paciente que no se presente o cancela con menos de 24 horas de anticipación puede estar sujeto a una tarifa de \$75. o puede ser dado de alta de la clínica. La primera cita con su psiquiatra es muy importante. Si usted pierde esta cita no podrá programar una cita hasta seis meses después. Por favor recuerde llamar con 24 horas de anticipación y haremos nuestro mejor esfuerzo para acomodarlo. Dado que “suceden cosas”, a los pacientes se les permitirá perder una cita sin ser penalizado. Sin embargo, tenga en cuenta que las repetidas “ausencias” pueden poner en peligro su capacidad de recibir tratamiento.

_____ (Iniciales) **Retrasos** – Debido a los estrictos requisitos de facturación, no podremos ver a los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde a su cita. Llamenos para informarnos si está usted atrasado y estaremos encantados de reprogramar su cita, según sea necesario. Sin embargo, puede esta sujeto a una tarifa de \$75 o la suspensión de los servicios si no puede mantener sus cita.

_____ (Iniciales) **Ausencia por más de 6 meses** – Si usted cancela o pierde sus citas por más de un periodo de 6 meses, usted será considerado un paciente nuevo y podría ser requerido de completar otra cita inicial. Adicionalmente, usted podría estar puesto en una lista de espera.

_____ (Iniciales) **Comunicaciones** – Usted entiende que podría recibir llamadas de Elite DNA Therapy Services, LLC o socios comerciales con el propósito de incluir, entre otros, comunicación de resultados, encuestas de pacientes y cobro de deudas utilizando los números de teléfono, incluidos los números inalámbricos que usted ha proporcionado. Entiendo que mi proveedor de servicios inalámbricos puede cobrarme por esas llamadas y que un sistema de marcado automático puede generar dichas llamadas.

_____ (Iniciales) **Confidencialidad** – Toda la información divulgada dentro de las sesiones es confidencial y no puede revelarse a nadie fuera de los servicios de Elite DNA Therapy sin su permiso por escrito, a excepción de las divulgaciones requeridas por la ley. La ley requiere que los médicos informen a las autoridades sobre cualquier sospecha razonable de abuso infantil o de ancianos, o sobre el peligros de daño a si mismo o a otros, a menos de que se tomen medidas de proteccion. En la medida necesaria para determinar los beneficios del seguro o la responsabilidad del pago y para obtener el reembolso, Elite DNA Therapy Services puede divulgar partes de la historia clínica y el archivo de la cuenta del paciente a cualquier persona o corporación que puede ser responsable de todo o parte de los cargos del paciente, incluyendo entre otros, compañías de seguro, planes de servicios de atención médica o compañías de compensación para trabajadores.

Asignación de Seguro

_____ (Iniciales) **Tarifas por Servicios Clínicos** – En Elite DNA Therapy Services LLC, aceptamos muchos de los planes de seguro, acuerdos de caso único y pago privado. Consulte nuestras tarifas, ya las tarifas pueden ser diferentes según el proveedor que lo esté viendo. Tenga en cuenta que se le pueden cobra por llamadas telefónicas, informes escritos y otros servicios que requieran específicamente el horario del proveedor fuera de la cita programada.

_____ (Iniciales) **Asignación de Beneficios de Seguro** – En consideración de los servicios prestados, yo transfiero y le asignó a Elite DNA Therapy Services todos los derechos, títulos e intereses sobre cualquier pago que se me deba por los servicios descritos en este documento según lo estipulado en la política o pólizas de seguro antes mencionadas.

_____ (Iniciales) **Medicare / Medicaid** –Certifico que la información que se me dio al solicitar el pago bajo el Título XVIII / XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo que cualquier titular de información médica u otra información sobre mí pueda enviar a los transportistas responsables, o sus intermediarios, cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare / Medicaid. Por la presente certifico que todos los seguros relacionados con el tratamiento serán asignados a la clínica de tratamiento

Acuerdo Financiero

_____ (Iniciales) **Responsabilidad de Pago** –Entiendo que los reclamos de seguro se presentan como cortesía. Si se rechaza un reclamo por cualquier motivo, soy responsable del pago. El seguro se considera un método de reembolso al proveedor por los servicios prestados al paciente. Algunas compañías pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje de los cargos. Autorizo el pago directo a Elite DNA Therapy Services, LLC por todos los servicios y tratamientos prestados. Entiendo que si mi compañía de seguros no cubre los cargos por servicios o tratamientos o si no se puede verificar mi elegibilidad, soy responsable de todos los cargos incurridos. Además, es responsabilidad del agente o del paciente conocer la cobertura de seguro de los servicios, ya que algunos servicios y la cobertura médica general pueden ser proporcionados por dos planes separados. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier copago, deducible, coseguro o cualquier otro saldo no pagado por el seguro o el pagador externo dentro de un tiempo razonable que no exceda los 30 días. Si se le considera el garante, deberá proporcionar su nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social para cumplir con los requisitos para facturar a las compañías de seguros. El personal de nuestra oficina se complace en ayudar a responder preguntas y ayudar con este proceso.

_____ (Iniciales) **Acuerdo Financiero** –El firmante acuerda, ya sea como firmante como agente o como paciente, que en consideración de los servicios que se prestarán al paciente, el firmante los obliga a pagar los cargos por los servicios recibidos de acuerdo con las tarifas y términos regulares de Elite DNA Therapy Services, LLC. Nos reservamos el derecho de asignar facturas impagas a una agencia de cobranza. En caso de que su cuenta sea remitida a un abogado para cobros, el firmante debe pagar los honorarios razonables del abogado y los gastos de cobro. Si tiene alguna pregunta sobre este acuerdo, no dude en solicitar una aclaración.

El firmante certifica que él o ella ha leído, comprende y acepta estos términos y condiciones de este documento y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar el acuerdo anterior y puede recibir una copia a pedido.

Nombre Imprimido de Paciente o Tutor Legal

Relación al Paciente

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Tiene derecho a solicitar copias de todos los documentos firmados

Resumen de Prácticas de Privacidad
Sección 381.026, Estatutos de la Florida

Este es un resumen del aviso de prácticas de privacidad, que describe como la información médica sobre usted puede ser usado y divulgado y como usted puede tener acceso a esta información. Al firmar este formulario usted reconoce su comprensión de las prácticas de privacidad de Elite DNA Therapy Services.

Nuestro compromiso de proteger su privacidad:

Elite DNA Therapy Services se compromete a proteger la privacidad de su información médica. Compartimos su información sólo en la medida necesaria para recopilar pago por los servicios que brindamos, para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales y cumplir con las leyes que rigen cuidado de la salud.

Derechos del paciente: usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- Ser tratado con respeto y cortesía y dado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas a su cuidado médico.
- Solicitar, inspeccionar, y obtener una copia de sus registros médicos, sujeto a ciertas excepciones limitadas.
- Solicitar cambios o un apéndice a su registro médico.
- Solicitar un informe de las divulgaciones de Elite DNA Therapy Services de su información médica
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones de su información médica
- Solicitar una copia de la versión completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Podemos usar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

- Para proporcionarle tratamiento y servicios médicos
- Facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios que recibe
- Para las funciones necesarias para ejecutar Elite DNA Therapy Services y asegurar que nuestros pacientes reciban atención de calidad
- Para proporcionar información de contacto básica (no se proporciona información médica) a nuestra oficina administrativa
- Para fines de contacto con pacientes sobre eventos y nuevos servicios
- Para apoyar nuestra posición como un centro de salud calificado AHCA
- y según lo que requiera o permita la ley

Existen situaciones adicionales en las que podemos divulgar información médica sobre usted sin autorización como:

- Para compensación de trabajadores o programas similares
- Para actividades de salud pública (por ejemplo, informar abusos o tomas de reacciones),
- A una agencia de supervisión de salud, como el Departamento de Salud de la Florida,
- En respuesta a una orden judicial, o administrativa, citación, o proceso similar,
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en ciertas circunstancias limitadas,
- A un juez de instrucción, médico forense, o director de funeraria, y
- A organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejido

Nuestro aviso puede ser revisado o actualizado de vez en cuando, Por favor, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad completo para obtener una descripción más detallada de nuestras prácticas de privacidad, sus derechos con respecto a su información médica e información de contacto relevante.

Para obtener la versión completa de el Aviso de Prácticas, comuníquese con Elite DNA Therapy Services Compliance Officer al 239-223-2751

Nombre Imprimido del Paciente o Guardián Legal

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Addendum II: Autorización para que otras personas acompañen al paciente menor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Inicial: _____ Entiendo y acepto que no estoy obligado a autorizar a ninguna otra persona a presentar o acompañar al paciente menor a Elite DNA Therapy Services. Sin embargo, al completar esta autorización, doy voluntariamente mi consentimiento para que la (s) persona(s) nombrada (s) a continuación traigan al paciente menor a Elite DNA Therapy Services para los servicios descritos en el Acuerdo de Consentimiento al que se adjunta este Addendum y se incorpore aquí.

Inicial: _____ Entiendo completamente que en las citas psiquiátricas no se completarán cambios de medicamento sin mi aprobación por escrito en forma de un Consentimiento de manejo de medicamentos firmado y que las personas nombradas a continuación no tendrán la autoridad o el consentimiento para firmar un Addendum actualizado. Se me ha informado que el juicio profesional de Elite DNA Therapy Services se ejercerá con respecto a cualquier cambio en el tratamiento cuando el paciente menor esté acompañado por una de las personas alternativas autorizadas a continuación, a quienes doy mi autorización y consentimiento para acompañar al paciente menor.

Inicial: _____ Entiendo y acepto que mi autorización y consentimiento para una (s) persona (s) alternativa (s) participe y acompañe al paciente menor a Elite DNA Therapy Services solo deberían ser esporádicas y no una ocurrencia regular. En la misma manera, entiendo y acepto que mi autorización, y consentimiento no reemplazan mi responsabilidad de cooperación e implicación en el tratamiento del paciente menor como se describe y acuerda al firmar el consentimiento para el tratamiento al que se adjunta este apéndice y que se incorpora aquí.

Inicial: _____ Certifico que la (s) persona (s) alternativa (s) nombrada (s) a continuación pueden ser descritas legalmente como una de las personas legalmente autorizadas que pueden dar consentimiento para la atención médica de un menor bajo el Estatuto de Florida 743.0645, tal que cada persona es un “sustituto de cuidado de salud”, “padraastro”, “abuelo”, “hermano adulto”, o “tia o tío adulto” del paciente menor de edad. Las personas con cualquier relación con el paciente menor que son nombrados en la oración anterior no se nombraran a continuación.

Inicial: _____ Entiendo que puedo revocar el consentimiento de una o ambas personas nombradas a continuación en cualquier momento. Al firmar esta autorización, certifico que ha tenido la oportunidad de considerar este acuerdo y presentarlo a mi abogado para su revisión y por el presente afirmo que lo he hecho o de lo contrario renuncio a mi derecho a hacerlo.

Autorizo a las siguientes personas adicionales para que actúen como me agente de fin de acompañar a mi hijo/a a las citas en Elite DNA Therapy Services.

Nombre Completo: _____ Nombre Completo: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación al Paciente: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre Imprimido del Padre o Guardián Legal Firma del Padre o Guardián Legal Fecha

Addendum III: Explicación de disputa de custodia y autorización de tutores legales

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Inicial: _____ Al completar este Addendum III certifico que hay una disputa de custodia en curso y o que las consideraciones de custodia no son definitivas y que no se ha emitido una orden judicial bajo custodia. Sin embargo, como tutor legal del paciente menor nombrado en el Consentimiento para tratamiento al que se adjunta este Apéndice y que se incorpora al presente, autorizo a Elite DNA Therapy Services a proporcionar los servicios al paciente menor tal como se describe en este documento, entiendo que es mi responsabilidad de informar a cualquier otro tutor legal que el paciente menor recibirá los servicios descritos aquí.

Inicial: _____ Entiendo y acepto que si en algún momento del tratamiento hay un algún cambio en el estado de custodia del paciente menor de edad estoy obligado a informar inmediatamente por escrito a Elite DNA Therapy Services.

Inicial: _____ Entiendo y acepto que si la falta de cooperación y/o participación de los tutores legales o si los problemas y/o disputas de custodia están obstaculizando o impidiendo el tratamiento adecuado para el paciente menor, el tratamiento y los servicios pueden ser suspendidos o cancelados a discreción de Elite DNA Therapy Services.

Inicial: _____ Entiendo y acepto que estará dentro del juicio médico y profesional de Elite DNA Therapy Services de autorizar y proporcionar los servicios descritos en este documento. Sin embargo, entiendo y acepto que al consentir el tratamiento del paciente menor de edad, es mi responsabilidad anteponer las necesidades emocionales y de salud mental del paciente menor a cualquier custodia o complicaciones legales, y aceptó que cooperare por completo y participare en el tratamiento del paciente menor, y así mismo alentara a cualquier otro tutor legal a cooperar y participar en la medida en que sea apropiado y legalmente permitido hacerlo.

Explique brevemente por que la situación de custodia para el paciente menor no se ha resuelto por completo en este momento: _____

Adjunte copias legibles de documentos jurídicos o judiciales relevantes de indiquen los términos de un acuerdo de custodia e identifique dichos documentos.

Nombre Imprimido del Padre o Guardián Legal Firma del Padre o Guardián Legal Fecha

Si algún tutor legal adicional también está dando su consentimiento para el tratamiento del paciente menor de edad, firme a continuación.

Nombre Imprimido del Padre o Guardián Legal Firma del Padre o Guardián Legal Fecha