

PAQUETE DE ADMISIÓN PARA PACIENTES

Registro de Nuevos Pacientes y Formularios de Consentimiento

Bienvenido/a a Aura Integra Behavioral Health, PLLC. Por favor complete todos los formularios antes o durante su primera cita. Estos documentos son requeridos por la ley de Massachusetts, HIPAA y 42 CFR Parte 2 (ley federal de confidencialidad del tratamiento de uso de sustancias). Toda la información es estrictamente confidencial.

CONTENIDO DEL PAQUETE

Formulario	Propósito	Pág.
1. Registro del Paciente	Datos demográficos, contacto, contacto de emergencia, seguro	2
2. Consentimiento para el Tratamiento	Consentimiento informado para servicios de enfermería psiquiátrica — 244 CMR 4.00	3
3. Consentimiento Informado para Telesalud	Consentimiento requerido por MA para visitas por video — M.G.L. c. 175 §47BB	4
4. Acuse de Recibo de Privacidad HIPAA	Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad — 45 CFR §164.520	5
5. Autorización 42 CFR Parte 2	Aviso federal de confidencialidad en tratamiento de uso de sustancias	6
6. Acuerdo Financiero	Honorarios, facturación, política de cancelación, Ley No Surprises	7

Instrucciones: Complete todos los formularios en su totalidad. Devuélvalos antes de su primera cita. ¿Preguntas? Llame/envíe un mensaje de texto al 508-736-3588 o envíe un correo a info@auraintegra.com.

Pacientes que buscan Tratamiento Asistido con Medicamentos (Suboxone/MAT): El Formulario 5 (42 CFR Parte 2) es obligatorio antes de que cualquier información sobre tratamiento de uso de sustancias pueda ser compartida con terceros.

AURA INTEGRA BEHAVIORAL HEALTH, PLLC

Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC
NPI: 1982532511 • DEA: MM0798314 • APRN #APRN10004439
508-736-3588 | info@auraintegra.com | auraintegra.com • Worcester, MA

FORMULARIO 1

REGISTRO DEL PACIENTE

Complete todos los campos aplicables — escriba en letra de molde

Fecha de Completado: Expediente #:

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL COMPLETO	
FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE PREFERIDO
IDENTIDAD DE GÉNERO	PRONOMBRES
DIRECCIÓN DE CASA	
CIUDAD	ESTADO / CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE CASA
CORREO ELECTRÓNICO	
RAZA/ETNICIDAD (OPCIONAL)	IDIOMA PREFERIDO
Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ En pareja ☐ Otro	

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN
TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DE VOZ? ☐ SÍ ☐ NO

INFORMACIÓN DE SEGURO

Tipo de Pago: ☐ Tengo seguro (complete a continuación) ☐ Pago directo / Sin seguro	
ASEGURADORA PRINCIPAL	NÚMERO DE MIEMBRO
NÚMERO DE GRUPO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR
Relación del Titular: ☐ Yo mismo/a ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre ☐ Otro	
SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)	NÚMERO DE MIEMBRO

MOTIVO DE LA VISITA

☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Manejo de medicamentos ☐ Suboxone/MAT ☐ Evaluación de TDAH
☐ Ansiedad/Depresión ☐ SUD/Adicción ☐ Diagnóstico dual ☐ Otro

PREOCUPACIONES ACTUALES (BREVE)

MEDICAMENTOS ACTUALES (INCLUIR OTC Y SUPLEMENTOS)

ALERGIAS CONOCIDAS

AURA INTEGRA BEHAVIORAL HEALTH, PLLC

Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC

NPI: 1982532511 • DEA: MM0798314 • APRN #APRN10004439

508-736-3588 | info@auraintegra.com | auraintegra.com • Worcester, MA

FORMULARIO 2

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Servicios de Enfermería en Salud Mental Psiquiátrica — 244 CMR 4.00

Naturaleza de los Servicios. Doy mi consentimiento para recibir evaluación psiquiátrica, manejo de medicamentos y servicios de salud conductual de Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC, con licencia en Massachusetts (APRN #APRN10004439), ejerciendo en Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Manejo de Medicamentos. Entiendo que se puede recomendar medicación. Doy mi consentimiento para recibir recetas, que pueden incluir sustancias controladas. Acepto divulgar todos los demás medicamentos e informar cualquier efecto secundario de inmediato.

Acuerdo de Sustancias Controladas. Si se recetan sustancias controladas, acepto: usarlas solo según lo prescrito; no compartir ni vender los medicamentos; consentir pruebas de detección de drogas en orina según se indique clínicamente; permitir verificaciones de MassPAT en cada visita.

Participación Voluntaria. El tratamiento es voluntario. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento con aviso razonable, entendiendo que la interrupción abrupta de algunos medicamentos requiere supervisión médica.

Riesgos y Beneficios. He sido o seré informado/a de los riesgos, beneficios y alternativas a los tratamientos propuestos y he tenido la oportunidad de hacer preguntas en cualquier momento.

Sin Garantía de Resultado. El tratamiento psiquiátrico no garantiza un resultado específico. La recuperación y la mejora de los síntomas varían entre individuos y pueden llevar tiempo.

Emergencias. Esta práctica no ofrece servicios de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En emergencias, llame al 911, llame/envíe un mensaje al 988 (Línea de Crisis de Suicidio), o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Supervisión y Colaboración. Mi proveedor colabora con médicos según sea clínicamente apropiado bajo las regulaciones de APRN de Massachusetts (244 CMR 4.00).

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y acepto este Consentimiento para el Tratamiento.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Si firma en nombre del paciente:

Firma del Tutor/Representante: _____

Relación con el Paciente: _____

AURA INTEGRA BEHAVIORAL HEALTH, PLLC

Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC

NPI: 1982532511 • DEA: MM0798314 • APRN #APRN10004439

508-736-3588 | info@auraintegra.com | auraintegra.com • Worcester, MA

FORMULARIO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELESALUD

M.G.L. c. 175, §47BB — Estándares de Telesalud de Massachusetts

¿Qué es la Telesalud? La telesalud le permite recibir atención psiquiátrica a través de tecnología de video o audio segura y compatible con HIPAA. Recibirá un enlace seguro antes de cada cita.

Sus Derechos (M.G.L. c. 175 §47BB). Tiene derecho a: (1) el mismo estándar de atención que en persona; (2) retirar el consentimiento en cualquier momento; (3) confidencialidad completa de HIPAA para todos los registros de telesalud.

Requisitos Tecnológicos. Usted es responsable de tener un dispositivo con cámara y micrófono, internet estable y un lugar privado. Si falla la tecnología, su proveedor intentará continuar por teléfono.

Limitaciones. La telesalud puede no ser adecuada para todas las situaciones clínicas. El examen físico no se puede realizar de forma remota. Es posible que se requiera una evaluación en persona cuando sea clínicamente necesario.

Requisito de Ubicación en Massachusetts. Confirmando que estaré físicamente ubicado/a en Massachusetts durante todas las visitas de telesalud. Los servicios solo se pueden proporcionar a pacientes físicamente presentes en Massachusetts.

Confidencialidad. Todas las sesiones están protegidas por HIPAA. Acepto asistir desde un lugar privado e informaré a mi proveedor si hay otra persona presente.

Sin Grabación. La grabación de sesiones por cualquiera de las partes está prohibida sin el consentimiento explícito por escrito de ambas partes.

Cobertura de Seguro. La mayoría de los aseguradores cubren la telesalud a la misma tarifa que en persona. Las obligaciones de copago y deducible permanecen igual.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios de telesalud de Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha de Nacimiento: _____

FORMULARIO 4

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

45 CFR §164.520

La ley federal (45 CFR §164.520) requiere que le proporcionemos un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) que describa cómo puede utilizarse y divulgarse su Información de Salud Protegida (PHI). Nuestro NPP completo está disponible en auraintegra.com/privacy.html y a solicitud.

PUNTOS CLAVE DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Su información puede ser utilizada para **Tratamiento** — para proporcionar, coordinar o gestionar su atención.
- Su información puede ser utilizada para **Pago** — para facturar y recibir pago del seguro.
- Su información puede ser utilizada para **Operaciones de Atención Médica** — mejora de calidad y cumplimiento.
- Ciertos usos requieren su **autorización escrita**, incluyendo marketing y venta de PHI.
- Tiene derecho a **acceder, corregir y restringir** sus registros y recibir un registro de divulgaciones.
- Puede presentar una **queja** ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. sin represalias.
- Los registros de tratamiento de uso de sustancias reciben protecciones federales adicionales bajo **42 CFR Parte 2** (véase Formulario 5).

NPP completo: auraintegra.com/privacy.html y a solicitud.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido o se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Para uso de la oficina — Si el paciente se negó o no pudo firmar:

Iniciales del personal: _____ Fecha: _____ Razón: _____

AURA INTEGRA BEHAVIORAL HEALTH, PLLC

Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC

NPI: 1982532511 • DEA: MM0798314 • APRN #APRN10004439

508-736-3588 | info@auraintegra.com | auraintegra.com • Worcester, MA

FORMULARIO 5

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD 42 CFR PARTE 2

Confidencialidad Federal de los Registros de Pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias

AVISO FEDERAL IMPORTANTE: La confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas mantenidos por esta práctica está protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2). Este programa no puede divulgar a ninguna persona externa que un paciente asiste a este programa, ni ninguna información que identifique a un paciente como una persona con trastorno por uso de sustancias, excepto según lo autorizado por el consentimiento escrito específico del paciente o según lo permita la ley.

QUÉ SIGNIFICA 42 CFR PARTE 2 PARA USTED

- 42 CFR Parte 2 proporciona protecciones **más sólidas que HIPAA** para los registros de tratamiento de uso de sustancias.
- Sin su autorización escrita, no podemos divulgar su diagnóstico, fechas de tratamiento, medicamentos ni ninguna información sobre uso de sustancias — ni a otros proveedores, familiares, aseguradoras, empleadores ni fuerzas del orden.
- Esta protección continúa después de que ya no sea paciente y después de su fallecimiento.
- Se aplican **sanciones penales federales** por violaciones de 42 CFR Parte 2.
- La autorización a continuación es completamente **voluntaria**. Su tratamiento no está condicionado a firmarla.

OPCIONAL — AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS DE USO DE SUSTANCIAS

Complete solo si desea autorizar una divulgación específica. Puede revocarla por escrito en cualquier momento antes de que se tome alguna acción.

Autorizo a Aura Integra Behavioral Health, PLLC a divulgar a:

NOMBRE / ORGANIZACIÓN

DIRECCIÓN / TELÉFONO

Información a divulgar: ■ Diagnóstico ■ Fechas de tratamiento ■ Medicamentos recetados ■ Notas de progreso ■ Resumen de alta ■ Todos los registros

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

VIGENTE DESDE

VENCE EL

Entiendo: (1) Los registros están protegidos bajo 42 CFR Parte 2; (2) Puedo revocar por escrito en cualquier momento; (3) El receptor no puede volver a divulgar sin mi consentimiento escrito; (4) Mi tratamiento no está condicionado a firmar.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha de Nacimiento: _____

FORMULARIO 6

ACUERDO FINANCIERO

Honorarios, Facturación, Seguro y Acuse de Recibo de la Ley No Surprises

Servicio	Código CPT	Tarifa Estimada de Pago Directo
Evaluación Psiquiátrica Inicial (60 min)	90792	\$350 – \$450
Seguimiento de Manejo de Medicamentos (30 min)	99214	\$200 – \$275
Visita Breve de Seguimiento (15–20 min)	99213	\$150 – \$200
Visita de MAT / Suboxone	99213/99214	\$150 – \$250
Cita Perdida / Cancelación Tardía (< 24 hrs de aviso)	N/A	\$75 (no facturable al seguro)

Facturación al Seguro. Facturamos a las aseguradoras participantes en su nombre. Usted es responsable de los copagos, deducibles y coseguros al momento del servicio. Los saldos no pagados deben abonarse dentro de los 30 días.

Pago Directo. El pago se realiza al momento del servicio. Pregunte sobre la disponibilidad de tarifas escalonadas. Se proporciona una Estimación de Buena Fe antes de cada cita según la Ley No Surprises.

Verificación del Seguro. Verificamos sus beneficios antes de su cita, pero la verificación no garantiza el pago. En última instancia, usted es responsable de los cargos no cubiertos por su plan.

Política de Cancelación. Requerimos al menos 24 horas de aviso para cancelar o reprogramar. Las cancelaciones tardías y las ausencias se cobran \$75, que no es facturable al seguro. Las ausencias crónicas pueden resultar en el alta del servicio.

Pagos Devueltos. Se aplica una tarifa de \$35 por cheques devueltos o métodos de pago fallidos.

LEY NO SURPRISES — ESTIMACIÓN DE BUENA FE

Según la Ley No Surprises (vigente desde el 1 de enero de 2022), tiene derecho a una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados. Si su factura supera la estimación en \$400 o más, puede disputarla. Detalles: auraintegra.com/good-faith-estimate.html.

Al firmar a continuación, acepto las políticas financieras de Aura Integra Behavioral Health, PLLC y autorizo la facturación del seguro en mi nombre.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Opcional — Autorización de Tarjeta de Crédito para copago y facturación automática de saldo:

Número de Tarjeta (últimos 4): _____ Vencimiento: _____

■ Autorizo a Aura Integra Behavioral Health, PLLC a cargar esta tarjeta por copagos y saldos pendientes.