



P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

## Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del Paciente

Nombre Completo del Consumidor:	
Fecha de Nacimiento:	
Numero de Seguro Social	
Numero de Medicaid:	

Limites de Relaciones y Confidencialidad: Relaciones entre el cliente y el terapeuta son confidenciales y protegidos por la ley. Las excepciones incluyen cuando el cliente se peligra a su mismo o a otras personas, o cuando hay sospecho razonable de abuso a menores o ancianos. Nunca habrá componente romántico o sexual entre el cliente y el terapeuta.

Consentimiento de Tratamiento: Yo autorizo y pido que Northside Psychological Services proveen exanimaciones psicológicas, tratamiento y/o procedimientos diagnósticos para mi o mi hijo/a, que ahora o durante mi tratamiento como cliente serán recomendables. La frecuencia y los tipos de tratamientos serán decididos entre mi terapeuta y yo. Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicaran y serán autorizados por mi. Yo entiendo que hay una expectativa que me beneficiaré de la psicoterapia, pero no hay garantía. Yo entiendo que el máximo beneficio ocurrirá con asistencia consistente y que a veces me sentiré incómodo con mi terapia. Estoy dispuesto a resolver todos los problemas mentales que sean evaluados.

Hacer público la información y autorización de pago: Yo autorizo que Northside Psychological Services probran hacer público información sobre mi condición y tratamiento a Medicare, Medicaid, y/o a otro proveedor de seguridad del cliente. Yo autorizo el pago o beneficios médicos para el clínico de Northside Psychological Services por los servicios recibidos.

Consentimiento para Tratamiento de Menores: Yo autorizo que tengo autoridad legal para solicitar tratamiento médico y psicológico para el cliente de edad menor que le estoy solicitando tratamiento. Soy un padre biológico o tutor legal. En casos de grupo, orfanato o niños en régimen de acogida, yo estoy designado para autorizar el tratamiento. Si divorciado, soy el padre con custodia primaria y puedo autorizar tratamiento sin la autorización del otro padre.

Firma (Oficial Probatorio/ Trabajador de Caso/ Tutor)	Fecha



NORTHSIDE  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

## **Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del Paciente**

Sus derechos como paciente, incluyendo la confidencialidad de participación, las evaluaciones, y servicios de tratamiento, serán observados con las leyes O.C.G.A. 37-3-166, 37-4-125, 37-7-166, DHR Reglas y Regulaciones Para derechos del Consumidor, Capitulo 290-0-9; 42 U.S.C. 290dd-2, y NPS Derechos del Paciente y Política de Responsabilidades, NPS Políticas de Programa y cualquier otra ley aplicable, regulaciones, y políticas, que incluye El Acto Federal (HIPAA) de Portabilidad de Seguros y Contabilidad (HIPAA) regulaciones de privacidad. Un resumen de estas reglas y regulaciones serán revisadas con usted y estarán disponibles para inspección en cada localidad de servicio. También se le *proveerá* una copia de la Política de Privacidad de NPS HIPAA. Esta información será revisada anualmente con usted.

### USTED TIENE EL DERECHO:

1. A servicios sin discriminación por su raza, religión, sexo, etnicidad, edad, orientación sexual, discapacidad o origen cultural.
2. De ejercer todos los derechos fundamentales humanos, civiles, constitucionales, y estatales a que esta otorgado como ciudadano competente legalmente. A menos que esos derechos esten limitados por el proceso de la ley.
3. De ser tratado en una manera que respeta su dignidad individual y protege su salud y seguridad a todos tiempos.
4. De recibir cuidado que este de acuerdo a sus necesidades en un ambiente lo menos restrictivo que le de protección razonable de daño, explotación, y coacción.
5. De recibir servicio rápido y confidencial en un modo respetuoso y digno aunque no pueda pagar, sujeto a una revisión de su situación financiero.
6. De rechazar los servicios, después de ser informado de los riesgos posibles y consecuencias de no aceptar el servicio, a menos que un médico o psicólogo licenciado determine que sería peligroso para usted u otras personas, o si una corte lo manda el servicio.
7. De recibir cuidado y tratamiento para sus necesidades en una manera de calidad, segura y de forma humana con respeto entero para su dignidad y integridad personal.
8. De un tratamiento individualizado o plan de servicio escrito.
9. De participar, lo mas posible, en su propio cuidado y tratamiento, y platicar de su diagnosis, y participar en el desarrollo y la implementación de su plan de cuidado.
10. De ser informado de los beneficios, efectos secundarios, y riesgos de medicamentos psicotropicos de una manera y idioma que pueda entender.



NORTHSIDE  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

### **Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del Paciente**

11. De tener la oportunidad para asegurar ayuda legal a su propio gasto.
12. De recibir cuidado respetuoso y considerado y de ser libre de abuso físico, verbal, sexual, químico, y mental, negligencia, humillación o maltrato. Las intervenciones de emergencia se aplicará sólo cuando sea necesario para proteger a los pacientes de una lesión a ellos o otros pacientes de acuerdo a los procedimientos establecidos por la organización.
13. De ser libre de procedimientos de tiempo aislado a menos que esos procedimientos sean para el propósito de proveer tratamiento efectivo para usted y proteger su seguridad y la de otras personas.
14. De ser libre de la aislamiento, físico, y restricciones químicas.
15. Padres/Tutores de niños o adolescentes tienen el derecho de involucrarse por el bien de sus hijos con excepciones limitadas.
16. De hacer una demanda sin miedo de restricción, intromisión, coacción, discriminación o represalias.
17. Todos los pacientes tienen el derecho de esperar que sus registros sean confidenciales a no ser que usted haga dado el permiso de hacer público la información o es requerido o permitido por la ley. Cuando la organización otorga los registros a otros, como la aseguradora, acentúa que los registros son confidenciales.



NORTHSIDE  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

**Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del  
Paciente  
Practicas de Privacidad y Portabilidad de Seguro de Salud y Contabilidad**

18. To access or inspect your health care information unless a physician determines the record review is detrimental to your well being.
19. De acceder o inspeccionar su información médica a menos que un médico determine la revisión del expediente es perjudicial para su bienestar.
20. De obtener una copia de su información medica mientras la información este disponible .  
(Un cobro razonable podría aplicar por las copias).
21. De pedir por escrito que NPS restrinja el uso y hacer público la información confidencial sobre su salud.
22. De recibir una copia del Aviso de las Prácticas de la NPS para Proteger la Privacidad de su información de Salud.
23. De hacer una solicitud razonable por escrito para recibir comunicaciones de la NPS de formas y lugares alternativos.
24. De solicitar una lista de a quién y cuando se le ha otorgado su información de salud sin su autorización dentro de seis años de su solicitud por hacer público la información no rutinarias realizadas a partir del 01 de julio 2007.



NORTHSIDE  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

## **Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del Paciente**

### **Responsabilidades del Paciente: Como Paciente de Spn, es su Responsabilidad:**

- Enseñar consideración y respeto hacia el personal, y otros pacientes y la propiedad de otros.
- De proveer información exacto de demandas pasadas y presentes, enfermedades pasados y hospitalizaciones, medicamentos , y cualquier riesgo percibido en su cuidado y cambios no esperados en su condición.
- De cumplir las obligaciones financieras de acuerdo con NPS.
- De participar en el desarrollo de su plan de tratamiento incluyendo expresando preocupaciones en su capacidad de seguir el plan de cuidado y para hacer preguntas cuando no entienda.
- De tomar medicamentos como indicado.
- De aceptar las consecuencias de no seguir el tratamiento y el plan de servicio.
- De apoyar el programa participando a su mejor capacidad que pueda y llegando a tiempo a todas las citas y actividades.
- De cumplir con las reglas de la localidad de servicio.
- De respetar la confidencialidad, privacidad, y propiedad de otros que están recibiendo servicios con usted.
- De reportar cambios en su condición a los que están responsables por su salud y bien estar.



NORTHSIDE  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

P . O . B O X 2 5 0  
A L P H A R E T T A , G A 3 0 0 0 9  
T E L E P H O N E : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 8 7 7  
F A X : ( 7 7 0 ) 6 6 7 - 3 9 7 9  
[WWW.NPSGA.COM](http://WWW.NPSGA.COM)

### Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y Responsabilidades del Paciente

### Formulario de Consentimiento para Menores y Derechos y responsabilidades del Paciente

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente)  
He leído el resumen de arriba con los **Derechos y Responsabilidades del Paciente NPS** y he tenido la oportunidad para hacer preguntas y he recibido una copia de este formulario. He sido ofrecido una copia de la **Noticia de Practicas de Privacidad NPS**.

\_\_\_\_\_  
Firma de  Paciente  Tutor Legal  Administrador de Caso \_\_\_\_\_ Fecha de Entrevista Inicial \_\_\_\_\_ am/pm  
Hora

### Reviso Anual de Derechos y Responsabilidades con el Paciente/Tutor Legal/Administrador de Caso

_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal
_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal
_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal	_____ Fecha	_____ Firma del Personal