

The Haymount Institute for Psychological Services

Gracias por elegir el Instituto de Haymount Institute. Favor llenar este paquete completamente. No deje espacios en blanco. Si algo no le aplica, por favor escriba N/A.

PATIENT DEMOGRAPHICS

First Name: _____ **MI:** _____ **Last:** _____ **Preferred Name:** _____
(Primer Nombre) (Inicial) (Apellido) (Nombre Preferido)

Street Address: _____
(Dirección)

City _____ **State** _____ **Zip Code:** _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Main Phone #: _____ **ext.** _____ (circula uno) casa ~ trabajo ~ celular~otro: _____
(Teléfono)

Sex: ___F ___M **Marital Status:** ___S ___C ___Sep ___D ___V **Ethnicity:** Hispano ~ No-Hispano
(Sexo) (Estado civil) (Etnicidad)

Race: Indian ~ Asian ~ Black ~ Hispanic ~ White ~ Other: _____ **Preferred Language:** _____
(Raza: Indio ~Asiático~ Negro- Hispano- Blanco ~Otro) (Lenguaje Preferido)

SSN: _____-_____-_____ **Date of Birth:** ____/____/____ **Height:** _____ **Weight:** _____
(Seguro Social) (Fecha de Nacimiento) (Estatura) (Peso)

Smoking Status: () Never Smoker () Former Smoker () Current occasional smoker () Current every day smoker
(Consumo de Tabaco) (Nunca) (Ex Fumador) (Fumador ocasional) (Fumador diario)

Student Status: Full Time ~ Part Time ~ N/A **Does patient have an IEP?** Yes ~ No **Grade:** _____
(Estudiante) (Tiempo completo) (Medio Tiempo) (¿Tiene el paciente un IEP?) (Grado)

School Name: _____ **Phone #:** _____
(Nombre de la Escuela) (Teléfono)

Education Level: Less than HS Diploma ~ HS graduate/No college~some college/Assoc degree ~ BA degree or higher
(Nivel de Educación) (Menos de escuela superior) (Diploma de escuela superior) (Alguno año de universidad) (Bachillerato o Más)

Employer: _____ **Status:** Full Time Part Time Self-Employed N/A
(Empleador) (Tiempo Completo) (Medio Tiempo) (Independiente)

Home Email: _____ **Work Email:** _____
(Email de casa) (Email de trabajo)

Emergency Contact not living with you: _____ **Relationship:** _____ **Phone #:** _____
(Contacto de Emergencia que no vive con usted) (Parentesco) (Teléfono)

Who referred you? _____ **Phone #:** _____
¿Quién lo refirió? (Teléfono)

Primary Care Physician: _____ **Phone #:** _____
(Médico Primario) (Teléfono)

Pharmacy: _____ **Phone #:** _____
(Farmacia) (Teléfono)

Address: _____ **City:** _____
(Dirección) (Ciudad)

¿Cómo le gustaría ser contactado para recordatorios de citas? (Circule todas las que apliquen)

Correo Electrónico Teléfono Mensaje de Texto Ninguno (no recibirá ningún recordatorio de citas)
(¿How would you like to be contacted for appointment reminders?) (Circle all that apply)
Email Phone Text None

I have completed this document and all information is true to the best of my knowledge. I agree to inform THI of any changes that may occur to any of the above information before my next appointment.

(Toda la información aquí brindada es cierta a mi mayor conocimiento. Acepto informar a THI sobre algún cambio que ocurra en mi información antes de mi próxima cita.

Firma del Paciente o Tutor Legal (Signature of Patient/Legal Guardian)

Date

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &

CONSENT FOR TREATMENT (CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO)

Yo, _____ (Nombre del Paciente) _____, estoy de acuerdo a someterme a un evaluación y/o tratamiento psicológico en las oficinas del Instituto Haymount. Entiendo que, con algunas excepciones, los resultados de dicha evaluación y tratamiento son estrictamente confidenciales y serán liberados sólo a agencias o individuos específicamente por escrito de mi mano.

Toda nuestra comunicación se convierte en parte de la historia clínica. La mayor parte de nuestra información es confidencial, pero puede ser revelada sin la autorización; existen las siguientes limitaciones y excepciones; a) estamos usando sus expedientes para el propósito de la supervisión, el desarrollo profesional y la investigación. En esos casos, para preservar la confidencialidad, será identificado por su primer nombre; b) Si se determina que usted es un peligro para sí mismo u otro persona; c) Usted divulga abuso, negligencia, o explotación de un niño, un anciano o persona discapacitado; d) Se divulga el contacto sexual con otro profesional de la salud mental; e) Si estamos ordenados por la corte para divulgar la información; f) Usted nos indique para liberar su expediente; o g) Estamos obligados por ley a revelar información.

El Instituto Haymount tiene permiso de usted a buscar atención de emergencia de un hospital o un médico si es necesario. Por alguna emergencia de vida que ocurre después de las horas de la oficina, por favor llame al 911 para pedir ayuda inmediata. Para alguno otro tipo de emergencia, por favor llame a nuestra oficina. Usted será dirigido al Carelink servicio de contestación que te pondrá en contacto con un proveedor.

Le aseguramos que nuestros servicios serán prestados de manera profesional compatible con las normas legales y éticas aceptadas. Si en cualquier momento y por cualquier razón usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor háganoslo saber. Si usted desea presentar una queja en contra de uno de nuestros médicos, puede hacerlo por escrito y enviarlo a la junta apropiada citando los códigos éticos ACA que usted cree que se ha roto, y envíe su carta a la junta.

- North Carolina Medical Board: http://www.ncmedboard.org/consumer_resources/complaint_process/
- North Carolina Board of Psychology: <http://www.ncpsychologyboard.org/FilingaComplaint.htm>
- North Carolina Board of Nursing: <http://www.ncbon.com/dcp/i/discipline-compliance-public-complaints-complaint-form>
- North Carolina Board of Social Work: <http://www.ncswboard.org/page/complaintdisciplinary-process>
- North Carolina Board of Licensed Professional Counselors: <http://www.Ncblpc.org/complaints.html>

Me han ofrecido una copia de los Prácticas de Privacidad y Derechos del Cliente el Institutos Haymount antes de firmar este documento. El Aviso de Privacidad describe los tipos, usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que pueda ocurrir en mi tratamiento o el pago de mis cuentas. Derechos del Cliente me informa de mis derechos como paciente. Una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y Derechos de cliente para el Instituto Haymount se encuentra en el escritorio de la recepcionista o en la sala de espera. El Instituto Haymount se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad llamando a la oficina y solicitando una copia revisada por correo o pedir en el momento de mi siguiente cita.

El individuo ha sido informado del derecho a consentir o rechazar el tratamiento.

Doy _____ No Doy _____ permiso para recibir contacto en relación a las recordatorios de citas

Firma del Paciente / Tutor Legal

Nombre del Paciente / Tutor Legal

Fecha

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL CLIENTE

Con mi firma Yo, _____ reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos de Cliente para el Instituto Haymount de Servicios Psicológicos, PLLC.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo mi información personal del cuidado puede ser utilizada y / o divulgada, mis derechos con respecto a la información médica, y dónde y cómo puedo presentar una queja relacionada con la privacidad.

Entiendo que los términos de este aviso pueden cambiar en el futuro y estos cambios serán publicados en la sala de espera.

Firma del Paciente (o representante personal)

Fecha

Si este reconocimiento es firmado por un representante personal en nombre del cliente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación al Cliente: _____

Sólo Para Uso Del Oficina

I attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

Este formulario se mantendrá en su expediente médico.

(Este formulario es educativo solamente, no constituye asesoramiento jurídico.)

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &



The Haymount Institute for Psychological Services

FINANCIAL POLICY (PÓLIZA FINANCIERA)

Gracias por elegir el Instituto Haymount como su proveedor de salud mental. Estamos comprometidos a su salud emocional y bienestar. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Póliza Financiera que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar el formulario de la Información y de seguro antes de ver al proveedor.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DEBE PAGARSE AL MOMENTO.

Aceptamos: Dinero en efectivo, cheques personales, tarjetas de débito, MasterCard, Visa, American Express, y giros.

En Cuanto a Seguros: Podemos aceptar la asignación de los beneficios del seguro, sin embargo, le pedimos que deducibles, co-seguros y co-pagos sean pagados en el momento del servicio. El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos cobrarle a su compañía de seguros, a menos que usted nos dé información de su seguro actual. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, y requerimos un plan de pago pre-aprobado o una tarjeta de crédito con la autorización de cobro para el balance. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en 30 días, se le pide que llame para tener sus reclamos procesados. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todo, de los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos y que no se consideran razonables y necesarios bajo el marco del Programa de Medicare y / u otro seguro médico.

Precios Normales: Nuestra práctica se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual para nuestra zona. Usted puede ser responsable por el pago independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de lo que son precios usuales y habituales. El Instituto de Haymount ofrece cargos por servicio opcional que permitirá a los pacientes con una necesidad de que los informes sean generados en un tiempo más rápido la capacidad de recibir el informe dentro de 2-5 días. Este es un cargo opcional y no es una obligación para recibir una copia del informe. Más bien, se pretende dar a cada paciente la misma prioridad con respecto a la realización de los informes. En actualidad, el precio para la rapidez del informe es \$100, y no se puede facturar a su seguro. Debe ser pagado en o antes de la última cita de prueba del paciente. Si usted desea un informe urgente, este precio opcional se puede pagar en la recepción por su requerimiento.

Los Pacientes Menores: Menores (para los efectos del presente párrafo, los menores son aquellas personas menores de 18 años de edad) no serán atendidos a menos que (a) acompañado por un padre o tutor, (b) tenemos un acuerdo de pago pre-autorizado, (c) bajo ciertas planes de tratamiento de salud mental específicos requeridos por la ley. Los padres (o tutores) son responsables por el pago de los servicios prestados.

Citas Tardes, Perdidas o Canceladas: A menos que cancela 24 horas antes de su cita, nuestra póliza es cobrar por una cita perdida o cancelada tarde la tarifa de \$50.00 por citas de consejería. Si la cita era para Pruebas Psicológicas la tarifa será de \$50.00 por hora. Si tres o más citas se pierden o son cancelados tardemente, puede ser requerido que se busque otro proveedor para ser atendido. Por favor, ayúdenos a servirle mantenimiento sus citas programadas.

Póliza de Cheque: Existe un cargo por cheques devueltos de \$25.00 que será añadido a su cuenta por cada cheque devuelto al Instituto Haymount por falta de fondos. Los pacientes que se emiten dos cheques que sean devueltos por "fondos insuficientes" tendrán que hacer todos los pagos en efectivo, giro postal, tarjeta de crédito o débito.

Póliza de Colecciones: Nos reservamos el derecho de mandar cualquier paciente a una agencia de colección si se considera que la cuenta está en falta de las obligaciones de pago o por el incumplimiento de esta póliza. En caso de que su cuenta sea entregada a una agencia de cobranza, usted será responsable de una comisión de cobro de \$35.00. Los pacientes que han estado previamente en colecciones estarán obligados a pagar los saldos anteriores en su totalidad para todas las futuras visitas a la hora de servicio. Los pacientes que no cumplan con esta póliza pueden ser despedidos de la práctica. Sólo la atención de emergencia será proporcionada por un período de 30 días del despido de la práctica.

Gracias por la comprensión de nuestra Póliza Financiera. Por favor, háganos saber si tiene cualquier pregunta.

He leído la Póliza Financiera. Entiendo y estoy de acuerdo con esta Póliza Financiera:

Firma Del Paciente
(Si el paciente es un menor, la Firma del Padre/Tutor)

Fecha

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &

The Haymount Institute for Psychological Services



**Seguro De Poliza
(Insurance Policy)**

Todos los beneficiarios de seguros deben presentar su tarjeta de seguro actual e identificación con foto en el momento del servicio. Si usted no tiene su tarjeta de seguro, se le considera un paciente auto-pago (pagar por su propia cuenta). Si usted tiene un seguro que es primario con Medicaid o Medicare como secundaria, debe proporcionar esta información a la hora de servicio. Si usted no revela su seguro primario, se le negará su reclamo de servicios. Los pacientes serán responsables de todos los gastos incurridos antes de la presentación de su tarjeta de seguro. Nosotros NO presentamos reclamaciones por servicios prestados después de que los servicios han sido prestados. Es su responsabilidad conocer las disposiciones de su póliza. Por favor notifique a esta oficina tan pronto como sea posible de cualquier cambio en su cobertura de seguro o el cambio de las compañías de seguros. Si su compañía de seguros no ha pagado su parte de su reclamo dentro de 30 días, le pedimos que se comunique con ellos para evitar nuevos retrasos en el pago. La identificación con foto será utilizada para fines de identificación solamente.

Entiendo perfectamente la Póliza de Seguro y estoy de acuerdo en cumplir estas reglas.

Firma del responsable

Date

The Haymount Institute for Psychological Services

Insurance Information:

INFORMACIÓN DEL SEGURO
INSURANCE INFORMATION

Por favor liste todas las pólizas de seguro que el paciente lleva. El no hacerlo puede resultar en la denegación de sus reclamaciones. Se le cobrará por los servicios negados debido a la falta de proporcionar información de su seguro actual.

Seguro Primario: _____ Numero de ID del Subscriber: _____ Grupo #: _____
(Primary Insurance) (Subscriber ID) (Group#)

Nombre del Subscriber Primario: _____ SSN: ____ - ____ - ____
(Policy Holder Name)

Fecha de Nacimiento del Subscriber Primario: ____/____/____
(Policy Holder DOB)

Dirección: _____ Número Telefónico: _____
(Address) (Phone #)

Parentesco del Paciente: _____
(Relationship to Patient)

Seguro Secundario: _____ Numero de ID del Subscriber: _____ Grupo #: _____
(Secondary Insurance) (Subscriber ID) (Group #)

Nombre de Subscriber Secundario: _____ SSN: ____ - ____ - ____
Policy Holder Name (if different than above)

Dirección: _____ Número Telefónico: _____
(Address) (Phone #)

He completado este documento a mi mayor conocimiento. Toda la información es verdadera a mi mayor conocimiento. Estoy de acuerdo en informar a El Instituto de Haymount de Servicios Psicológicos de cualquier cambio que pueda ocurrir a cualquiera de la información anterior antes de mi próxima cita.

Firma del Paciente o persona legalmente responsable

Fecha de Hoy

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &

The Haymount Institute for Psychological Services



PÓLIZA DE CITAS

Esta oficina tiene una póliza de cancelación de 24 horas. Al firmar esta forma usted entiende y está de acuerdo con la siguiente póliza:

1. Como una cortesía a usted, nuestro personal intentará confirmar su cita de 24 a 48 horas antes de la cita. Es su responsabilidad de proporcionar esta oficina con los números correctos de teléfono/correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted.
2. A menos que cancela 24 horas antes de su cita, nuestra póliza es cobrar por citas pérdidas o cancelados tardíamente una tarifa de \$50.00 por cita de consejería/medicación. Si la cita es para pruebas psicológicas la tarifa será de \$50.00 por hora. Si tres o más citas se pierden o son cancelados tardíamente, es posible que le enviará una carta de terminación.
3. Usted se compromete a llamar por teléfono por lo menos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita; si es después de las horas de oficina, deje un mensaje.
4. Si llega más de 15 minutos tarde a una cita se le puede pedir a reprogramar su cita. .

Firma del Paciente o Guardián

Date

***** TENGA EN CUENTA:** Los pacientes menores de 18 años sólo se verán si van acompañados por un padre, tutor legal u otro adulto con una carta que nos da el permiso de los padres/tutores para el tratamiento del menor.

The Haymount Institute for Psychological Services

Entiendo que es póliza del Instituto Haymount que un menor de edad (un niño menor de 18 años) sea acompañado a cada cita y que un padre o tutor permanecen en las instalaciones durante el tiempo que el niño está siendo visto por un médico o terapeuta. Estoy de acuerdo que si soy incapaz de permanecer en el lugar durante la cita de mi hijo(a), voy a hacer arreglos o tener un adulto responsable en el local, mientras que mi hijo(a) asiste a su cita. Además, si estoy en el Instituto Haymount para ver a un médico o terapeuta y traigo menores conmigo, entiendo que tengo que hacer arreglos para tener un adulto confiable en la sala de espera con mi hijo mientras asisto a mi cita.

Firma del Padre / Tutor Legal

Date

The Haymount Institute for Psychological Services



CONFIDENCIAL
(CONFIDENTIAL)

Nombre Del Cliente: _____ Edad: _____
(Name of Client) (Age)

Problema (s) Que Presenta: _____
(Presenting Problem)

When and how the condition started: _____
(Cuándo y cómo comenzó la condición)

(Anote los síntomas que se presenten actualmente)

(Lista de Síntomas)

0- Not at all 1- Once or Twice 2- Several Times 3- Often 4- Most of the Time 5- Always
(Nada) (una o dos veces) (Varias Veces) (Frecuentemente) (Mayoría del Tiempo) (Siempre)

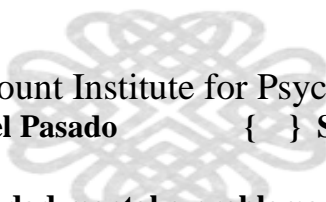
Deprimido:		Sentir una presión para seguir hablando:	
Dificultad Para Conciliar el Sueño:		Escuchar voces cuando no hay nadie más alrededor:	
Despertar Frecuentemente:		Ver Cosas que No Están Allí:	
Sentir Inusualmente Cansado:		Paranoia:	
Desinterés por las Cosas que Antes Disfrutaba:		Problemas de la Memoria:	
Dificultad Para Enfocar en las Tareas:		Obsesiones / Compulsiones:	
Sentimientos de Culpa:		Atracones y Conducta Purgativo:	
Sentimientos de Desesperanza:		Abuso de Laxantes y Diuréticos:	
Ansiedad Excesiva:		Anorexia:	
Ataques de Pánico:		Problemas de Conducta:	
Ansiedad Social:		Disfunción Sexual:	
Cambios de Animo Excesivos:		Automutilación:	
Fácilmente Irritado:		Sueños Sobre Abuso o Trauma:	
Enojarse Fácilmente:		Sobresaltado Fácilmente:	
Mucha energía, como si no hay necesidad de dormir:		Recordar/ Revivir Abuso o Trauma del Pasado:	

Pensamientos suicidas: { } Si { } No En caso afirmativo, algún plan: { } Si { } No

Apetito: { } disminuido { } aumentado Peso: { } pérdida { } aumento; Cuanto: ____lbs.

Sueños Sobre Abuso o Trauma { } Si { } No

Patient ID:@ Recipient ID:% Record/Group #: &



The Haymount Institute for Psychological Services

Recordar/ Revivir Abuso o Trauma del Pasado { } Si { } No

Alguna familiar que tiene una enfermedad mental o problema de droga: _____

Alguna retraso en caminar o hablar en la infancia: { } Si { } No

Cualquier diagnóstico de TDAH (ADHD) en la infancia: { } Si { } No

Asistió a clases de educación especial: { } Si { } No

Algún Abuso: { } Físico { } emocional { } verbal { } sexual

En caso afirmativo, alguna { } pesadilla { } flashback { } Evadir cosas o situaciones

Objetivo en la vida: _____

Alguna condición médica importante: { } enfermedad del corazón { } Diabetes { } Colesterol alto

{ } Enfermedad del hígado { } Trastorno de alimentación { } Lesiones en la Cabeza { } Convulsiones

{ } Enfermedad del tiroides { } Enfermedad del sueño { } Otro: _____

Uso del Alcohol: { } Si { } No Cuanto? _____ How Often? _____

{ } shakes { } blackouts { } DWI { } DT { } any rehab treatment

Abuso de medicamentos con receta: { } Si { } No Si dice si, cual medicamento? _____
(Use of Illicit Drugs) (If yes, how much)

Uso de Tabaco: { } Si { } No Si dice si, cuánto? _____

Lista de todos los medicamentos: _____
(Medication List)

Cualquier otra cosa que usted piensa que su médico / terapeuta debe saber acerca de usted:
(Anything else you think the Physician / therapist should know?)



Emergencia y Después de Horas Laborables (Emergency and After Hours)

En una emergencia que amenaza la vida, llame al 911 o al número local de emergencias. Si no puede hacerlo, pídale a alguien que llame para usted o para llevarlo al centro de atención de urgencias más cercano. Usted puede ir a cualquier hospital en su área para atención de emergencia.

En otras situaciones en las que usted cree que necesita atención inmediata pero no es una amenaza de vida, el centro de llamadas después de horas de Haymount puede ser más apropiado.

Si usted siente que su situación no es una emergencia, pero le gustaría hablar con alguien de inmediato, marque el número de teléfono normal de la oficina y usted será conectado con nuestro centro de llamadas después de horas, Carelink. Ellos le pondrán en contacto con un miembro del personal que está de guardia y pueden evaluar mejor su preocupación.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a cómo funciona nuestro centro de llamadas, por favor pregunte en recepción para más información.

Firma

Fecha

Nombre del Paciente / Tutor

The Haymount Institute for Psychological Services

806 Hay St
Fayetteville, NC 28305
Office: (910) 860-7008
Fax: (910) 221-9006

3507 Hill St
Hope Mills, NC 28348
Office: (910) 339-0901
Fax: (910) 339-0904

131 W. Edinborough Ave
Raeford, NC 28376
Office: (910) 848-1222
Fax: (910) 848-0222

www.HaymountInstitute.com

Consentimiento Para la Divulgación de Información Confidencial: Applicable Under Federal Law 42 CFR Part 2

Apellido del Paciente: _____ Nombre: _____ DOB: ____/____/____ SSN: ____-____-____

Autorizo a la siguiente organización y/o individuo para liberar/intercambiar información con The Haymount Institute

Nombre del Agencia y/o Individuo: _____ Relación _____ Título: _____
Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Dirección: _____

Voluntariamente autorizo y solicito la divulgación (incluyendo papel, oral y el intercambio electrónico) con el fin de:
(Escriba sus iniciales todos los que apliquen)

____ Pago de Seguro _____ Determinación de Discapacidad _____ Propósitos Legales
____ Coordinación de Servicios de Cuido _____ Información Verbal General

Otro: _____

La siguiente información es la única información autorizada para ser intercambiado; *(Escriba sus iniciales todos los que apliquen)*

____ Cita Inicial _____ Resumen de Alta _____ Notas de Progreso _____ Fecha de Citas _____ Referido
____ Hoja de Datos _____ Registro de Medicación _____ Plan de Conducta _____ Información de Abuso de Sustancias
____ Toda Documentación Legal _____ Evaluación Psiquiátrica _____ Informes de Pruebas Psicológicas
____ VIH/SIDA/ Enfermedades transmisibles o no transmisibles _____ Resultados de Laboratorios

Por la presente solicito y autorizo a los anteriores nombrado agencias, organizaciones o individuos que poseen la información relativa a la agencia, organización o nombre de la solicitud. Entiendo que este comunicado puede incluir información sobre lo siguiente: información psicológica o psiquiátrica, abuso de sustancias, el abuso de drogas y / o el alcoholismo, los registros que puedan indicar la existencia de una enfermedad contagiosa o no transmisibles, y registros relacionados con el VIH / SIDA.

Al solicitar una copia de mi informe psicológico confidencial, entiendo que la información contenida se dará a conocer a la discreción del psicólogo, y puede contener cualquiera de las conclusiones del informe completo o un informe abreviado de conclusiones que estime adecuado el psicólogo. Divulgación de un informe psicológico no implica automáticamente el acceso a todos los registros mentales, ya que tales registros serían liberados a discreción del médico que proporciona servicios fuera del ámbito de las pruebas psicológicas. También entiendo que una vez que el informe sea entregado a mí, me convierto en el único responsable de la seguridad de los hallazgos.

Entiendo que la información que se publicará está protegido bajo la ley estatal y federal y no puede ser divulgada sin consentimiento por escrito por mí, a menos que se disponga lo contrario por la ley estatal o federal. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada para dar cumplimiento a la misma. Sin mi revocación expresa, este consentimiento expirará automáticamente 365 días a partir de la fecha de su firma, o automáticamente un año desde la fecha de su firma.

Fecha Firma del Paciente

Fecha Firma del Tutor / o Representante Autorizado

Fecha Testigo

The Haymount Institute for Psychological Services

806 Hay St
Fayetteville, NC 28305
Office: (910) 860-7008
Fax: (910) 221-9006

3507 Hill St
Hope Mills, NC 28348
Office: (910) 339-0901
Fax: (910) 339-0904

131 W. Edinborough Ave
Raeford, NC 28376
Office: (910) 848-1222
Fax: (910) 848-0222

www.HaymountInstitute.com

Consent for the Release of Confidential Information:

Applicable Under Federal Law 42 CFR Part 2

Client's Last Name: _____ First: _____ DOB: ____/____/____ SSN: _____

I authorize the following organization and/or individual to release/exchange information with The Haymount Institute:

Name of Agency and/or Individual: _____ Relationship _____ Title: _____
Phone Number: _____ Fax Number: _____ Address: _____

I voluntarily authorize and request disclosure (including paper, oral and electronic interchange) for the purpose of:
(please initial all that apply)

_____ Insurance Payment _____ Disability Determination _____ Legal Purposes
_____ Discharge Planning/ Coordination of Care _____ General Verbal Information
Other: _____

The following information is the only authorized information to be exchanged; *(please initial all that apply)*

_____ Clinical Intake _____ Discharge Summary _____ Progress Notes _____ Psychological Testing Reports
_____ Face Sheet (s) _____ Medication Records _____ Referral _____ Appointment Dates _____ Behavioral Plan
_____ All Legal Documentation _____ Psychiatric Assessment _____ Substance Abuse Information
_____ HIV/AIDS/Communicable or non-communicable disease _____ Labs Report

I hereby request and authorize the above named agencies, organizations or individuals that possess information relative to the agency, organization or individual name on the request. I understand that this release may include information regarding the following: Psychological or psychiatric information, substance abuse, drug abuse, and/or alcoholism, records which may indicate the existence of a communicable or non-communicable disease, and records pertaining to HIV/AIDS.

By requesting a copy of my confidential psychological report, I understand that the information contained will be released at the discretion of the psychologist, and may contain either the full report findings or an abbreviated report of findings as deemed appropriate by the psychologist. Release of a psychological report does not automatically imply access to all mental records, since such records would be released at the discretion of the clinician providing services outside of the scope of the psychological testing. I also understand that once the report is released to me, I become solely responsible for the security of the findings.

I understand that the information to be released is protected under the state and federal law and cannot be disclosed without further written consent by me, unless otherwise provided for by state or federal law. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. Without my express revocation, this consent will automatically expire 365 days from the date it is signed, or automatically one year from the date it is signed.

Date Signature of Client

Date Signature of Guardian/or Authorized representative

Date Witness