



PAQUETE DE CONSENTIMIENTO

PSIQUIÁTRICO

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DEL CLIENTE: _____



PERMISO DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

PAUTAS Y PARÁMETROS DE TRATAMIENTO

Con mi firma e iniciales autorizo a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. a ofrecer servicios al menor de edad mencionado anteriormente, con la misma afirmo y consiento a lo siguiente:



- Yo entiendo y acepto que mi hijo será atendido por el Dr. Samuel McClure y/o Dr. Rakhee Ward en Kinder Konsulting & Parents Too sólo por la duración del tratamiento de mi hijo por un terapeuta de Kinder Konsulting.
- Yo entiendo y acepto que en el momento que las sesiones de mi hijo finalicen con el terapeuta de Kinder Konsulting, tendré que buscar otro psiquiatra para continuar con el tratamiento psiquiátrico.
- Yo entiendo y acepto que el Dr. Samuel McClure y el Dr. Rakhee Ward no pueden enviar una receta por correo. En adición, si una cita es olvidada, el medicamento no puede ser recetado hasta la próxima cita con el doctor.

Yo entiendo y acepto que el Dr. Samuel McClure y el Dr. Rakhee Ward no son empleados de Kinder Konsulting, sino que son contratados por Kinder Konsulting & Parents Too. Además, entiendo que los doctores mantienen sus prácticas privadas en lugares separados y sólo ofrecen servicios a Kinder Konsulting en base limitada. Por lo cual, las citas están disponibles sólo una vez al mes o cada dos meses.

POLÍTICA DE NO PRESENTARSE/CANCELACIÓN

DECLARACIÓN: La asistencia regular es requerida para que así nuestros servicios psiquiátricos sean efectivos. La asistencia irregular también cuesta tiempo y dinero del programa. Por lo tanto, es responsabilidad del padre/madre o encargado legal que el cliente asista a todas las citas clínicas programadas.

1. Debe avisar con 24 horas de anticipación al cancelar o reprogramar su cita clínica, de lo contrario será considerado como "No se presentó". Asimismo, llegar constantemente tarde a sus citas coordinadas es considerado como un "No se presentó".





PAQUETE DE CONSENTIMIENTO

PSIQUIÁTRICO



NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DEL CLIENTE: _____

2. Luego de su segundo "No se presentó" (dentro de un periodo de 12 meses), le será requerido que busque los servicios psiquiátricos a través de otra agencia/doctor, y su caso clínico será cerrado.
3. Luego de su tercer "No se presentó" (dentro de un periodo de 12 meses), le será requerido que busque los servicios psiquiátricos a través de otra agencia/doctor, y su caso clínico será cerrado.



ENTIENDO LA POLÍTICA DE "NO PRESENTARSE/CANCELACIÓN" DE KINDER KONSULTING & PARENTS TOO – SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS Y ACEPTOS ESTOS TÉRMINOS.

_____ Entiendo que soy responsable de obtener la información vital de mi hijo (altura, peso, presión arterial) antes de la cita con el médico.
Initial

Si: ____ **No:** ____ Kinder Konsulting puede enviarme recordatorios de citas por mensaje de texto.

Si: ____ **No:** ____ Tengo el derecho legal de autorizar el tratamiento para el menor aquí mencionado.

Firma del Padre o Guardián Legal: _____

Nombre del Padre o Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

Email del Padre o Guardián Legal: _____ **Teléfono:** _____

Firma del Testigo: _____

Nombre del Testigo: _____ **Fecha:** _____



PAQUETE DE CONSENTIMIENTO

PSIQUIÁTRICO

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DEL CLIENTE: _____



ACUERDO PARA MEDICACION

Con mi firma e iniciales autorizo a Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. a ofrecer servicios al menor de edad anteriormente mencionado, declaro y consiento a lo siguiente:

- Entiendo que el Dr. Rakhee Ward y el Dr. Samuel McClure no son empleados de Kinder Konsulting & Parents Too, sino que son contratados por Kinder Konsulting para proporcionar servicios psiquiátricos. También entiendo que el Dr. Ward y el Dr. McClure mantienen sus prácticas privadas en diferentes lugares. Por lo tanto, asuntos que ocurran después de la cita programada por Kinder Konsulting relacionadas a los servicios recibidos, deben dirigirse al médico directamente. El número de teléfono del Dr. McClure es 407-325-1183 y el Dr. Rakhee Ward es 808-499-4447.
- Entiendo que debo dirigir mis preguntas o dudas sobre el medicamento del menor: y cualquier posible efecto secundario derivado de la administración de cualquier medicamento recetado por el Dr. Samuel McClure al Dr. McClure al 407-325-1183.
- Entiendo que debo dirigir mis preguntas o dudas sobre el medicamento del menor: y cualquier posible efecto secundario derivado de la administración de cualquier medicamento recetado por el Dr. Rakhee Ward al Dr. Ward al 808-499-4447.
- Entiendo que no debo contactar a Kinder Konsulting con respecto a cualquier asunto relacionado con el medicamento del menor a menos que se refiera a autorizaciones del seguro médico.
- Entiendo que, en caso de no conseguir al médico, y el menor experimente un efecto secundario a causa de un medicamento que fue recetado por el Dr. McClure o el Dr. Ward, que debo buscar atención médica inmediata de su médico de cabecera o llamar al 9-1-1.
- Entiendo que Dr. McClure y Dr. Ward no prescribirá ni seguirá prescribiendo medicamentos para mi hijo si no completo la orden de laboratorio y servicio de diagnóstico.





PAQUETE DE CONSENTIMIENTO PSIQUIÁTRICO



NOMBRE DEL CLIENTE: _____

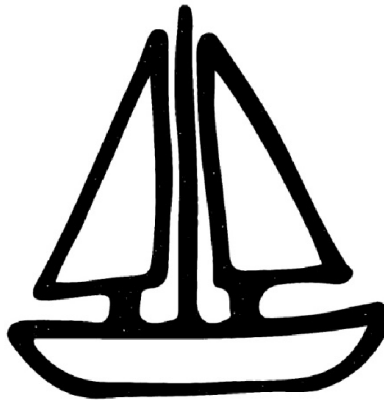
FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DEL CLIENTE: _____

Un miembro del personal de Kinder Konsulting & Parents Too me ha explicado los procedimientos anteriores y comprendo completamente la información en este documento.

A firmar a continuación, acepto que administrare la receta de mi hijo según las instrucciones proporcionadas por el médico.

Si: ____ No: ____ Tengo el derecho legal de autorizar el tratamiento para el menor aquí mencionado.



Firma del Padre o Guardián Legal: _____

Nombre del Padre o Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Email del Padre o Guardián Legal: _____ Teléfono: _____

Firma del Testigo: _____

Nombre del Testigo: _____ Fecha: _____