

Miriam Tetelbom, MD LLC

316 Broad Street suite # 3 Red Bank NJ 07701

280 Madison Avenue suite # 506 New York NY 10016

Nome: _____

Telefone: _____ Email: _____

I. Consentimento para Tratamento:

Autorizo Miriam Tetelbom, MD & Miriam Tetelbom MD LLC a realizar avaliação médica/psiquiátrica inicial bem como tratamento e procedimentos médico/psiquiátricos conforme necessário. Entendo que nenhuma garantia pode ou será feita quanto aos resultados dos cuidados, tratamentos ou medicamentos prescritos. As diretrizes estabelecidas com esse consentimento continuam válidas, mesmo após o diagnóstico e o tratamento recomendados depois da avaliação inicial e para consultas subsequentes e recomendações subsequentes. Este consentimento permanecerá em pleno vigor até ser revogado por escrito.

Assinatura do paciente _____ Data: _____

II. Consentimento para divulgação de informações:

Autorizo a liberação, mediante solicitação das companhias de seguro de saúde ou outras agências que auxiliam a processar o possível reembolso do pagamento dos serviços prestados, de todas as informações necessárias para o reembolso, liberando Miriam Tetelbom, MD e Miriam Tetelbom MD LLC de qualquer responsabilidade pelo fornecimento dessas informações às companhias de seguro de saúde e outras agências.

Assinatura do paciente _____ Data: _____

III Consentimento para obter informações de saúde:

Autorizo Miriam Tetelbom, MD e Miriam Tetelbom MD LLC a obter qualquer informação médica necessária e relevante para o meu tratamento. Isso pode incluir resultados laboratoriais e / ou de exames de imagem, relatórios de hospitalização, atendimentos em serviços de emergência, informações necessárias para os cuidados de sua saúde determinados por Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC

Assinatura do paciente: _____ Data: _____

IV :Notificação do Provedor de serviços

Reconheço que as diretrizes e as afirmações acima se aplicam apenas à prática de Miriam Tetelbom, MD e Miriam Tetelbom MD LLC

Assinatura do paciente:_____Data:_____

V: Notificação da divulgação de confidencialidade a terceiros

As informações divulgadas por mim durante a avaliação e o curso do meu tratamento pra Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC são geralmente confidenciais. Autorizo Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC a divulgar minhas informações pessoais no caso das exceções à confidencialidade obrigatórias e permitidas, que incluem, entre outras, denúncias de abuso infantil, idoso e adulto dependente; expressão de ameaças de violência contra uma vítima identificável ou risco de violência contra outras pessoas; e quando a avaliação de meu estado mental ou emocional determina que há risco de eu causar danos a mim mesmo, incluindo, mas não limitado a, suicídio.

Assinatura do paciente_____Data:_____

VI. Reconhecimento das diretrizes de Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC:

Reconheço que li e compreendi as diretrizes de Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC, incluindo a confidencialidade do uso de comunicações por email. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu concordo em cumprir essas diretrizes estabelecidas em relação ao consentimento em me comunicar por meio de modalidades não seguras ou potencialmente não seguras com Miriam Tetelbom, MD e Miriam Tetelbom MD LLC quando for necessária a interação por vários motivos. Essa forma de comunicação tem potencial risco de quebra da confidencialidade apesar de medidas tomadas para evitar que isso ocorra como criptografar email.

Devido aos regulamentos da HIPAA, precisamos ter a permissão por escrito para deixar mensagens na sua secretárias eletrônica, correio de voz e e-mail não seguro ou para discutir questões sobre sua saúde com voce e quando necessário com o seu contato de emergência .

Este formulário será mantido em seus registros médicos para referência futura. Indique seu consentimento abaixo, colocando as suas iniciais ao lado de cada uma das declarações a seguir:

Autorizo Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC a deixar lembretes da data e horário da próxima consulta no meu correio de voz, secretária eletrônica ou enviar mensagens de texto para o meu telefone celular ou para o e-mail que eu informei, mesmo que não sejam um portal de comunicação seguro. Minhas iniciais: _____ Data: _____

Autorizo Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC a deixar mensagem de voz para lembrar a data e horário da próxima consulta marcada com qualquer pessoa que atenda o meu telefone celular ou residencial. Minhas iniciais: _____ Data: _____

Autorizo Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC a deixar mensagens sobre meu diagnóstico e meu tratamento em minha caixa postal, caixa de mensagens do celular, secretária eletrônica, fax ou e-mail, mesmo que este não sejam um portais seguros. Minhas Iniciais: _____ Data: _____

Autorizo Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC a deixar mensagens para responder minhas perguntas médicas no meu correio de voz, secretária eletrônica, fax, texto do meu celular ou no e-mail que eu informei, mesmo que não sejam portais seguro. Minhas iniciais: _____ Data: _____