



Blue Umbrella Psychiatry
6100 Griffin Rd. 2nd Floor
Davie, FL - 33314-4416

***BUP's New Consent, Office Policies, and HIPAA 2026 SPANISH**

Por la presente, solicito voluntariamente y doy mi consentimiento para participar en servicios de evaluación psiquiátrica, tratamiento y/o terapia con Eric Robbins, MD, psiquiatra certificado en Adultos, Niños y Adolescentes con licencia en Florida, y con otros profesionales licenciados dentro de Eric Robbins MD LLC DBA Blue Umbrella Psychiatry.

Si el paciente es menor de edad, doy mi consentimiento como padre, madre o tutor legal para que mi hijo(a) reciba servicios psiquiátricos y/o de terapia por parte del Dr. Robbins y de los profesionales autorizados de la práctica. Entiendo que no se han hecho garantías con respecto a los resultados del tratamiento, evaluación o terapia, y que los resultados pueden variar. También entiendo que puedo solicitar información sobre las credenciales, educación y experiencia del Dr. Robbins o de cualquier otro profesional que proporcione atención.

Confidencialidad y Notas de Terapia

Entiendo que los servicios de salud mental se brindan con un alto grado de confidencialidad. Las leyes federales y del estado de Florida, así como las regulaciones y la ética profesional, requieren que los profesionales mantengan la confidencialidad de la información revelada durante el tratamiento o las sesiones de terapia.

Notas de Psicoterapia/Terapia: Las notas de terapia, que pueden incluir impresiones privadas, observaciones o reflexiones realizadas por un terapeuta durante una sesión, se mantienen separadas del expediente médico. Estas notas están protegidas y no pueden divulgarse sin mi autorización explícita y por separado, excepto cuando la ley lo requiera.

Registros Médicos/Psiquiátricos: Los registros relacionados con el tratamiento psiquiátrico, incluyendo diagnósticos, medicamentos y planes de tratamiento, pueden ser accedidos por personal autorizado para fines de tratamiento, supervisión y coordinación de atención.

Excepciones a la Confidencialidad

Reconozco que mi información puede divulgarse sin mi consentimiento únicamente cuando la ley lo requiera o permita, incluyendo:

Seguro o Facturación: Los representantes de mi compañía de seguros pueden recibir información sobre el tipo, fechas, costo y proveedores de los servicios prestados.

Preocupaciones de Seguridad: Situaciones que involucren riesgo agudo de daño hacia mí mismo(a) o hacia otras personas.

Abuso o Negligencia: Sospecha de abuso/negligencia infantil o abuso/negligencia hacia personas mayores.



Blue Umbrella Psychiatry
6100 Griffin Rd. 2nd Floor
Davie, FL - 33314-4416

Requisitos Legales: Citaciones judiciales, órdenes de la corte u otros mandatos legales.

Atención Colaborativa y Supervisión

Entiendo que los profesionales dentro de Blue Umbrella Psychiatry pueden discutir mi atención con otros profesionales autorizados para fines de tratamiento, supervisión o coordinación de atención. Estas discusiones son estrictamente profesionales y confidenciales. Solo los profesionales directamente involucrados en mi atención o en la supervisión de mi atención tienen acceso a mis registros electrónicos de salud.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y entendido la información anterior, que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y que doy mi consentimiento para la evaluación, tratamiento y servicios de terapia bajo los términos descritos.

Por favor, revise nuestras políticas y otorgue su consentimiento para comenzar el tratamiento con nosotros. Considere este documento como legalmente vinculante y revise cuidadosamente todas las políticas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestra oficina al (954) 341-5215.

1. POLÍTICAS DE LA OFICINA Y ACUERDO FINANCIERO

PAGO:



La política de Blue Umbrella Psychiatry LLC es cobrar todos los pagos al momento en que se prestan los servicios. Si cuenta con seguro médico, le proporcionaremos una estimación de sus beneficios. Reconozco que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable asociado con mi visita. Entiendo que la estimación de beneficios proporcionada no es una garantía y me comprometo a pagar los costos mencionados. Comprendo que es ilegal que el proveedor renuncie a estos cargos y acepto plena responsabilidad por el pago. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi seguro médico. Reconozco que no hacerlo puede resultar en cobertura insuficiente y que cualquier cita pasaría a ser mi responsabilidad financiera. Facturaremos a todas las compañías de seguros con las que tengamos contrato. El saldo restante será facturado al paciente. Para su conveniencia, aceptamos la mayoría de las principales tarjetas de crédito y todas las tarjetas de débito. Requerimos que se mantenga una tarjeta de crédito registrada en el expediente para que los cargos puedan procesarse a medida que se prestan los servicios. *

I understand and consent

Office Policies

POLÍTICA DE ASISTENCIA Y



CANCELACIÓN DE TRATAMIENTO Si se convierte en un paciente regular de la práctica, deberá tener una cita programada con su profesional clínico en nuestro sistema. Será necesario asegurarse de programar las citas de seguimiento dentro del tiempo recomendado por su proveedor. Si no ha sido atendido en nuestra oficina durante más de cuatro meses y esto no forma parte del plan de tratamiento por escrito, su caso será cerrado en nuestra oficina. Si necesita servicios adicionales después de que su expediente haya sido desactivado, deberá completar nuevamente nuestro proceso regular de admisión. Para proteger el tiempo del Dr. Robbins y sus asociados, le solicitamos que proporcione al menos 24 horas de anticipación para cancelaciones o reprogramaciones, de modo que podamos ofrecer el espacio a otro paciente. Si cancela con menos de 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$75 a la tarjeta registrada o se le facturará. Para cualquier tratamiento de TRD o del Breakthrough Center (incluyendo Spravato, TMS y Ketamina), la tarifa por cancelación tardía será de \$100. Si llega más de 15 minutos tarde a una cita de 30 minutos o más, se considerará una cancelación tardía y se aplicará la tarifa correspondiente. Si llega más de 5 minutos tarde a una cita de menos de 30 minutos, también se considerará una cancelación tardía y la tarifa se aplicará

Entiendo y doy mi consentimiento.



automáticamente (\$75 para visitas estándar y \$100 para tratamientos de TRD/Breakthrough Center). Si no se presenta a su cita (“no show”), es decir, si pierde completamente la cita sin llamar previamente, será responsable del costo total de la cita como paciente privado. Para evaluaciones psiquiátricas, la tarifa es de \$300 para la primera cita y \$150 para las citas de seguimiento. La tarifa también será de \$150 para las citas de terapia. La tarifa por no presentarse a un tratamiento de TRD o Breakthrough Center será de \$100. La mejor manera de cancelar o reprogramar una cita es llamando o enviando un mensaje de texto a nuestra oficina. Recibirá recordatorios de citas con anticipación para ayudarle a mantener el control de sus visitas programadas. Si falta regularmente a las citas o llega tarde con frecuencia, podría ser dado de alta de la clínica. Entendemos que la vida puede ser compleja y que pueden surgir situaciones inesperadas. Le pedimos que sea transparente con nosotros si está teniendo dificultades para asistir a sus citas, para que podamos trabajar juntos y encontrar una solución. Agradecemos su cooperación y comprensión. *



TRATAMIENTO EN PERSONA: Blue Umbrella Psychiatry es principalmente una oficina de atención en persona, y se asume que casi todas las citas serán presenciales. Las evaluaciones y la primera cita deben realizarse en persona. Si está interesado(a) en telemedicina (telehealth), debe obtener la autorización del equipo clínico. Los pacientes a quienes se les recete una sustancia controlada deben tener una cita en persona al menos una vez cada tres meses. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

Reconozco que, si mi proveedor y yo acordamos mutuamente realizar una sesión de telemedicina, entiendo que dicha sesión se llevará a cabo mediante plataformas tecnológicas seguras y compatibles con HIPAA. Blue Umbrella Psychiatry utiliza estas plataformas para garantizar la confidencialidad y privacidad de mi información de salud. Doy mi consentimiento para participar en servicios de telemedicina y reconozco que, aunque Blue Umbrella Psychiatry se esfuerza por proporcionar un entorno seguro, pueden ocurrir ocasionalmente interrupciones o problemas técnicos. Entiendo que Blue Umbrella Psychiatry no es responsable de posibles violaciones de confidencialidad, interrupciones o problemas técnicos que puedan surgir durante una sesión de telemedicina. También entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios de telemedicina y solicitar citas presenciales cuando sea apropiado. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Blue Umbrella Psychiatry puede utilizar tecnología segura de transcripción, incluyendo herramientas de voz a texto o asistidas por inteligencia artificial, para ayudar a los proveedores a crear documentación de manera más eficiente. Estas herramientas se utilizan únicamente con fines de transcripción y no reemplazan el juicio clínico ni la toma de decisiones médicas. Todas las notas son revisadas y finalizadas por su proveedor, y su información de salud permanece protegida bajo HIPAA y todas las leyes de privacidad aplicables. Entiendo que, si no me siento cómodo(a) con el uso de esta tecnología, puedo hablar con el profesional clínico y solicitar que no sea utilizada. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



MEDICACIÓN: Las solicitudes de resurtido (refills) deben hacerse directamente a través del portal del paciente y no a la farmacia. Por favor, dénos al menos 5 días de anticipación para las solicitudes de resurtido, para que no se quede sin medicamentos durante un fin de semana o un día festivo. Los resurtidos de medicación están destinados a realizarse durante su visita con el médico. El médico dedica una cuidadosa consideración a la prescripción de medicamentos en cada ocasión, y por esta razón deben ser revisados en el momento de su cita. Tenga en cuenta que ciertos medicamentos requerirán una cita antes de poder ser resurtidos, y es su responsabilidad asegurarse de programar una cita de seguimiento con suficiente tiempo para poder recibir su medicación. *

Entiendo y doy mi consentimiento.

REGISTROS MÉDICOS / FORMULARIOS / CARTAS: Con una autorización firmada, proporcionamos cartas de tratamiento y resúmenes cuando sean solicitados por usted o por un tercero. Los formularios de incapacidad a corto plazo y FMLA solo serán completados por nuestros clínicos una vez que usted sea un paciente establecido bajo nuestro cuidado, con un mínimo de seis visitas con el clínico o seis meses de tratamiento, lo que ocurra primero. Existe una tarifa estándar de \$50 por cualquiera de estos formularios. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



CONSENTIMIENTO PARA

TRATAMIENTO DE MENORES: EI

consentimiento para el tratamiento de un niño menor de 18 años debe ser proporcionado por ambos padres. El padre o madre que programe la cita debe proporcionarnos la información de contacto del otro progenitor para que podamos obtener su consentimiento. La excepción es la custodia exclusiva, en cuyo caso se debe proporcionar documentación legal que será archivada en el expediente del paciente. *

Entiendo y doy mi consentimiento.

PORTAL DEL PACIENTE: Entiendo que debo registrarme en el portal del paciente que me ha sido proporcionado. También entiendo que este es el principal medio para comunicarme directamente con mi proveedor. Cualquier solicitud que haga a mi proveedor relacionada con preguntas clínicas o solicitudes de medicamentos a través de este portal será respondida dentro de un plazo de 48 horas. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



ALTA DEL PACIENTE: Nuestra oficina mantiene un ambiente de respeto y amabilidad mutuos. Reconozco que si demuestro un comportamiento irrespetuoso, grosero, beligerante o agresivo hacia cualquier clínico o miembro del personal, puedo ser dado(a) de alta de la práctica y no podré continuar con el tratamiento. Reconozco que también puedo ser dado(a) de alta por deshonestidad o engaño hacia los clínicos, incumplimiento de las recomendaciones de tratamiento o por faltar o no asistir regularmente a las citas programadas. La alta también puede ser necesaria si el clínico considera que se requiere un nivel de atención más alto. *

Entiendo y doy mi consentimiento.



ATENCIÓN COLABORATIVA,
TRATAMIENTO FAMILIAR Y CONSULTA
INTERNA DE CASOS: Eric Robbins MD
LLC DBA Blue Umbrella Psychiatry
opera como una práctica colaborativa
de salud conductual, donde
psiquiatras, terapeutas y otros
profesionales autorizados trabajan
juntos para brindar una atención de
salud mental coordinada y de alta
calidad. Los proveedores pueden
consultarse entre sí y revisar los
expedientes clínicos internamente
cuando sea clínicamente necesario
para el tratamiento, la coordinación
de la atención, la supervisión o las
operaciones de atención médica,
según lo permitido por HIPAA y la ley
de Florida. Cuando varios miembros
de una misma familia reciben
servicios dentro de la práctica (por
ejemplo, un padre recibiendo
psiquiatría mientras un hijo recibe
terapia), cada individuo se considera
un paciente separado. Los
proveedores pueden coordinar la
atención internamente para fines de
seguridad, planificación del
tratamiento y continuidad de la
atención, pero la información
confidencial compartida por un
miembro de la familia no se divulgará
automáticamente a otro. Los clínicos
ejercen su juicio profesional respecto
a qué información, si alguna, es
apropiado compartir para apoyar el
tratamiento y la seguridad.

Entiendo y doy
mi consentimiento.



PARTICIPACIÓN DE ESTUDIANTES Y PERSONAL EN FORMACIÓN: Blue Umbrella Psychiatry colabora con la Universidad Nova Southeastern (NSU) y otras universidades acreditadas para brindar formación clínica a estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería psiquiátrica (PMHNP) en sus prácticas, e internos de consejería que cursan sus estudios de maestría. Los estudiantes e internos pueden ocasionalmente observar o participar en su cita bajo la supervisión de nuestros proveedores licenciados. Su participación es completamente voluntaria, y usted puede informarnos verbalmente en cualquier momento si prefiere que no haya estudiantes o personal en formación presente. *

Entiendo.

2. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA / USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Política HIPAA de Blue Umbrella

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

1. NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en nuestra organización. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales.

Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de su información médica.

2. NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL



La ley nos exige:

Mantener su información médica en privado.

Proporcionarle este aviso que describe nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.

Cumplir con los términos del aviso que esté vigente en este momento.

Nosotros tenemos el derecho de:

Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley.

Realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad, y hacer que los nuevos términos de este aviso sean efectivos para toda la información médica que conservamos, incluyendo la información creada o recibida previamente a dichos cambios.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Funciones gubernamentales especializadas: Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o utilizar información de salud para personal militar y veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección del Presidente y otras autoridades, determinaciones de aptitud médica para el Departamento de Estado, instituciones correccionales y otras situaciones de custodia policial, así como programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos.

Órdenes judiciales y procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación (subpoena), solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden de registro o citación de gran jurado, podemos compartir su información médica con funcionarios de seguridad pública relacionada con sospechosos, fugitivos, testigos materiales, víctimas de delitos o personas desaparecidas. Podemos compartir la información médica de una persona encarcelada o bajo custodia legal con funcionarios de seguridad pública o instituciones correccionales bajo ciertas circunstancias.

Actividades de salud pública: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información médica a autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluyendo abuso o negligencia infantil. También podemos divulgar información a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para reportar eventos adversos asociados con defectos de productos o problemas, permitir retiros de productos del mercado, reparaciones o reemplazos, rastreo de productos o actividades requeridas por la FDA. También podemos, cuando estemos autorizados, notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que esté en riesgo de contraerla o



propagarla.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, o víctima de otros delitos. También podemos compartir su información si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.

Podemos compartir su información médica si es necesario para ayudar a las autoridades a capturar a una persona que haya admitido haber cometido un delito o que haya escapado de la custodia legal.

Compensación laboral: Podemos divulgar su información médica cuando sea autorizado y necesario para cumplir con leyes relacionadas con compensación laboral u otros programas similares.

Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorías, investigaciones o procedimientos civiles, administrativos o penales, inspecciones, licenciamiento o acciones disciplinarias, actividades autorizadas relacionadas con investigación, monitoreo o auditorías, u otras actividades autorizadas.

Aplicación de la ley: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica a funcionarios de seguridad pública. Estas circunstancias incluyen reportes requeridos por ciertas leyes (como el reporte de ciertos tipos de heridas), citaciones u órdenes judiciales, reportes limitados sobre identificación y localización a solicitud de un funcionario de seguridad pública, reporte de muertes, delitos ocurridos en nuestras instalaciones y delitos en situaciones de emergencia.

4. SUS DERECHOS



Ver o solicitar copias de su información médica. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea práctico hacerlo. Debe hacer su solicitud por escrito enviando una carta a nuestra oficina. Si solicita copias, le cobraremos \$0.25 por cada página, además del costo de envío si desea que se le envíen por correo.

Recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros asociados comerciales compartimos su información médica por razones distintas al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras excepciones específicas.

Solicitar restricciones adicionales sobre la divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con el acuerdo (excepto en casos de emergencia).

Solicitar que nos comuniquemos con usted de diferentes maneras o en diferentes ubicaciones. Su solicitud debe hacerse por escrito.

Solicitar que se modifique su información médica. Podemos rechazar su solicitud si no creamos la información que desea modificar o por otras razones específicas. Si la rechazamos, le proporcionaremos una explicación por escrito.

Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que se añadirá a su expediente. Si aceptamos la solicitud, haremos esfuerzos razonables para notificar a otros, incluyendo a las personas que usted designe, sobre el cambio e incluirlo en futuras divulgaciones de la información.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, por favor comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

Seguimos las pautas de HIPAA para su protección y usted tiene derecho a acceder a su información médica. He leído y entiendo la política de HIPAA mencionada anteriormente. *

He leído y entiendo.



Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información y a proporcionar a las personas este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si tiene alguna objeción sobre este formulario, por favor solicite hablar con un miembro de nuestro personal en persona o por teléfono a nuestro número principal.

Entiendo.

Al firmar y enviar este formulario, reconozco que se me ha brindado amplia oportunidad para leer este documento o que el mismo me ha sido leído. Entiendo las políticas de la oficina anteriormente mencionadas y el acuerdo financiero con Dr. Eric Robbins MD LLC, y cumpliré con ellos en todos los aspectos. Reconozco que he recibido la política de HIPAA. Finalmente, entiendo todo lo anterior y doy mi consentimiento verbal y por escrito para la evaluación y el tratamiento, cubriendo todo el curso de tratamiento para mi condición actual y cualquier condición futura para la cual busque tratamiento.

Nombre del Paciente: *

Porfavor firme digitalmente.

Nombre del Guardian (si aplica):

Fecha de hoy: *
