



Alqimind Wellness
Formulario Integral de Admisión, Consentimiento y Reconocimiento de Privacidad

P: (305) 942-5246 | F: (305) 845-5673 | contact@alqimind.com | www.alqimind.com

¡Bienvenido a Alqimind Wellness!

Por favor complete este formulario para ayudarnos a comprender sus necesidades y brindarle la mejor atención posible. Toda la información se mantendrá confidencial.

1. Información Personal

Nombre Completo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Género:** _____
Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____
Contacto de Emergencia: (Autorizado para discutir detalles médicos)
Nombre: _____ **Teléfono:** _____
Relación: _____ **Dirección:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Número de Seguro Social (SSN): _____

2. Objetivos de Salud y Bienestar

¿Cuáles son sus objetivos principales de salud y bienestar mental? (Marque todas las que correspondan) Reducción del Estrés y Bienestar Emocional Aumento de Energía y Vitalidad Pérdida de Peso y Salud Metabólica Equilibrio y Optimización Hormonal Mejora de la Piel y Bienestar Estético Función Cognitiva y Apoyo a la Concentración Evaluación Psiquiátrica y Manejo de Medicación Otro: _____

Historial Médico y de Salud Mental Indique cualquier condición médica o de salud mental actual o pasada, incluidas hospitalizaciones, historial de consumo de sustancias o riesgo de suicidio:

Medicamentos y Suplementos Actuales Indique los medicamentos, suplementos o tratamientos que está utilizando actualmente:

3. Evaluación de Estilo de Vida y Estrés

Actualmente:

- **¿Hace ejercicio regularmente?** Sí No
Si es así, tipo y frecuencia: _____
- **¿Sigue una dieta específica?** Sí No
Si es así, describa: _____
- **¿Consume alcohol, tabaco o drogas recreativas?** Sí No
Si es así, describa: _____
- **¿Cómo calificaría la calidad de su sueño?** (1 = Pobre, 10 = Excelente)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Describa cualquier inquietud de salud mental o factores de estrés que esté experimentando:

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o de salud mental antes? Sí No Si es así, describa (ej. terapia, medicación, hospitalización):

4. Reconocimiento de Servicios y Riesgos

✓ Alqimind Wellness ofrece servicios psiquiátricos, holísticos y de medicina funcional, incluyendo evaluación psiquiátrica, manejo de medicamentos, terapia intravenosa, terapia hormonal, control de peso, estética y bienestar mental. ✓ Algunos tratamientos funcionales y holísticos pueden tener una investigación limitada y no estar aprobados por la FDA para ciertas condiciones. Estos tratamientos son electivos y no sustituyen la atención médica primaria. ✓ Consiento recibir servicios de telemedicina y entiendo los beneficios y riesgos. ✓ Los resultados individuales pueden variar y no se garantizan resultados específicos. ✓ Debo divulgar mi historial médico y psiquiátrico completo para garantizar un tratamiento seguro y efectivo.

5. Aviso de Privacidad y Confidencialidad (Cumplimiento con HIPAA)

✓ Reconozco que he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Alqimind Wellness, que explica:

- Cómo se puede utilizar y divulgar mi información personal de salud y psiquiátrica.
 - Mis derechos bajo HIPAA con respecto al acceso a mis registros de salud.
 - Protecciones de confidencialidad y excepciones requeridas por la ley.
-

6. Consentimiento para Tratamiento Psiquiátrico y Medicación

✓ Manejo de Medicación: Entiendo los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios. ✓ Recomendaciones Terapéuticas: Se puede recomendar terapia junto con o en lugar de la medicación. ✓ Cumplimiento del Tratamiento: Acepto asistir a las consultas de seguimiento según sea necesario. ✓ Riesgos de la Medicación: Los medicamentos psiquiátricos pueden tener efectos secundarios, interacciones y síntomas de abstinencia.

7. Responsabilidad Financiera y Políticas

- El pago se debe realizar en el momento del servicio.
 - Se aplica una política de cancelación con 24 horas de anticipación. Las cancelaciones tardías o la falta de asistencia tendrán un cargo de \$50 (o según las políticas de la clínica).
 - Todos los pagos son finales a menos que el servicio sea cancelado por Alqimind Wellness. ✓ Acepto la responsabilidad financiera por todos los servicios recibidos.
-

8. Exención de Responsabilidad y Acuerdo de Arbitraje

✓ Asumo todos los riesgos asociados con los tratamientos. ✓ Libero y eximo de responsabilidad a Alqimind Wellness de cualquier reclamo, responsabilidad o daño. ✓ Alqimind Wellness no proporciona servicios de intervención en crisis de emergencia. ✓ Cualquier disputa se resolverá exclusivamente mediante arbitraje vinculante. ✓ Entiendo que el arbitraje no me impide presentar quejas ante las juntas médicas estatales u otras agencias reguladoras. ✓ Puedo optar por no participar en este acuerdo de arbitraje dentro de los 30 días. ✓ El arbitraje seguirá las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA). ✓ Renuncio a mi derecho a un juicio por jurado. ✓ Este acuerdo se rige por las leyes del Estado de Florida.

9. Protocolo de Emergencia y Crisis

En caso de crisis, acepto: ✓ Llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias más cercana si estoy en peligro inmediato. ✓ Utilizar recursos de crisis como:

- **Línea Nacional de Prevención del Suicidio:** Marque 988
 - **Línea de Crisis de Florida:** Llame al 211 para apoyo de salud mental local
 - **Servicios Psiquiátricos de Emergencia Local:** [Insertar recurso específico de la clínica]
 - **Crisis Text Line:** Envíe un mensaje de texto con la palabra HOME al 741741
-

10. Consentimiento y Firmas

✓ Certifico que he proporcionado información precisa. ✓ He leído, entiendo y acepto todos los términos descritos en este documento.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Profesional: _____

Fecha: _____

Sección para el Tutor Legal (si aplica)

Si el cliente es menor de 18 años o no puede dar su consentimiento legalmente: Yo, (**Nombre del Tutor Legal**), doy mi consentimiento para que Alqimind Wellness proporcione tratamientos a mi hijo. ✓ Reconozco el plan de tratamiento, los riesgos y los beneficios. ✓ Entiendo que se considerará la opinión de mi hijo.

Firma del Tutor: _____

Fecha: _____