**Provider to Provider Consultation**

An El Futuro psychiatrist will provide you general information or recommendation, no PHI shared

1. **Name:**
2. **Agency (if applicable):**
3. **County:**
4. **Phone Number:**
5. **Email:**

**Reason for consultation:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Diagnostic Consultation:** Clarification of diagnosis or presenting problem |
|  | **Medication Consultation:** Review of current medication (if applicable) and recommendations for psychiatric medication strategy |
|  | **General Consultation:** Help with treatment ideas and strategies |
|  | **Education:** Psychoeducation for patient and/or family |
|  | **Other:** |

**Please provide the following regarding the client, please omit all PHI:**

Client’s Age:

Client’s Biological Sex:

Client’s Gender Identity:

Presenting problem or your question for the psychiatrist, in **brief**:

Past psychiatric medications prescribed if known or applicable:

Telepsychiatry Consultation/Records Review Referral Form

A referral is a request for your client to be seen by an El Futuro psychiatrist for an evaluation

A records review is a request for an El Futuro psychiatrist to review your client’s medical record and make recommendations about their treatment

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Name of patient:** |  |  | **2. Date of Birth:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Full Address:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. County:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Phone Number:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Client’s Biological Sex:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Client’s Gender Identity:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Referring Provider’s Name:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Referring Provider’s Phone Number:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **10. Referring Provider’s Email Address:** |  |

**Type of Request:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Referral for a Psychiatric Evaluation |
|  | Medical Records Review – please indicate if you would like an in person or written report (circle one) |

**(optional: please fill out the section below as you are able to)**

* Has a rating scale been used? If so, list scale and score:

**Children:**

Hearing screen: Normal/Abnormal

Vision screen: Normal/Abnormal

Active Health Problems

(please list)

* Is a therapist involved? If so, list name and contact information:

* Past psychiatric medications prescribed to this patient:

**Required: Signed Consent for Treatment and ROI between referring provider and El Futuro**

**Referrals cannot be processed without these 2 forms**

**El Futuro, Inc.**

El Futuro Durham El Futuro Siler City

2020 Chapel Hill Rd. 401 N. Ivey Avenue

Durham, NC 27707 Siler City, NC 27344

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para El Tratamiento**

|  |
| --- |
|  |

Yo, (cliente/padre/persona legalmente responsable) doy mi consentimiento a El Futuro para realizar una evaluación, tratamiento y/u otros servicios para la persona mencionada anteriormente. Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo el derecho de rehusarse, en cualquier momento, a cualquier servicio ofrecido.

Si el tratamiento es rehusado, el personal calificado podrá determinar si es posible usar alguna otra modalidad como parte del tratamiento. Si se rehúsa a todas las modalidades, el cliente admitido voluntariamente puede ser dado de alta.

Un menor de edad puede buscar y recibir servicios de un médico sin el consentimiento del padre para la prevención, diagnóstico, y tratamiento de (1) enfermedad venera y otras enfermedades bajo G.S. 130A-135, (2) embarazo, (3) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (4) alteración mental.

En una emergencia médica, autorizo al programa la administración de primeros auxilios si es necesario y llamar a:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación: |  | No. De Teléfono: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Relación: |  | No. De Teléfono: |  |

Si mi médico no está disponible, autorizo a “El Futuro” para llamar a un médico o dentista, o a transportar al cliente nombrado hasta el hospital más cercano, por ambulancia si es necesario. Entiendo que seré responsable por todos los gastos incurridos.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Le doy permiso al El Futuro a dejar mensajes de voz en los números de teléfono que he brindado.** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Firma*** |  |  |  |  |  |

( ) Cliente ( ) Padre ( ) Madre ( )Tutor(a) ***Fecha***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Testigo*** |  |  |  |  |

***Fecha***

*Patient Name Patient Date of Birth*

**El Futuro, Inc.**

**2020 Chapel Hill Rd., Durham, NC 27707 - 919-688-7101 (p) -- 919-688-7102 (f)**

**Autorización Para Compartir y Obtener Información**

*Authorization to Release and Obtain Confidential Information*

*Patient Name Patient Date of Birth*

**Nombre de la persona que está dando consentimiento:**

*Name of the person giving consent*

|  |
| --- |
|  |

**Nombre(s) de la(s) organización(es) o individuo(s) con quien se compartirá información**

*Name of the organization(s) or individual(s) with whom information will be shared*

|  |
| --- |
| El Futuro |

**Por la presente, yo autorizo a El Futuro, Inc., a revelar y obtener información de:**

*By means of this document, I authorize* ***El Futuro, Inc.****, to reveal to and obtain information from*

|  |
| --- |
|  |

**Información Específica Que Será Compartida** -Escriba sus iniciales en cada renglón que corresponda:

*Specific Information to Be Released - Please initial each item that applies*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Evaluación Inicial |

*Intake Assessment*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Carta para el Remisor(a) |

*Letter to Referral Source*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizo el intercambio periódico de información entre “El Futuro” y la agencia listada. |

*I authorize the periodic exchange of information between El Futuro, and the listed agency.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Otra información (Ej. record de asistencia, record de medicamentos, diagnóstico(s), notas de servicio, plan de  tratamiento, etc.) |

*Other information (Ex. attendance record, medication record, diagnosis(es), progress notes, service plan etc.)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorización para compartir información relacionada con el abuso de drogas y/o el VIH/SIDA. |

*Authorization to share information related with drug abuse and/or HIV/AIDS.*

Al poner sus iniciales arriba, de acuerdo el estatuto **10A NCAC 26B.0202(e), G.S. 130A-143**, and **42 CFR Part 2** entiendo que si mi record contiene información relacionada a infecciones de VIH/SIDA o condiciones relacionadas al SIDA, abuso de alcohol o drogas, condiciones psicológicas o psiquiátricas, o pruebas genéticas esta información puede contener cualquiera de estos datos.

*By initialing the above, pursuant to* ***10A NCAC 26B .0202(e), G.S. 130A-143****, and* ***42 CFR Part 2*** *I understand that if my record contains information relating to HIV infections, AIDS or AIDS-related conditions, alcohol abuse, drug abuse, psychological or psychiatric conditions, or genetic testing this disclosure will include that information.*

**El propósito de esta autorización es (**escriba sus iniciales en cada renglón que corresponda):

*The purpose of this release is (please initial each item that applies*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Coordinación de cuidado médico |

Care coordination

|  |  |
| --- | --- |
|  | Comunicación con la escuela |

*Communication with school*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Otros propósitos (Ej. Comunicación legal, manejo de medicamentos): |

*Other purposes (Ex. Legal communication, medication management)*

**El compartir la información se limita a lo mínimo que sea necesario para evaluar, y planificar el tratamiento, recomendar, y/o coordinar los servicios.** La información compartida es confidencial y se prohíbe volver a compartirla excepto en caso de emergencia tal como lo autoriza la ley estatutaria ***122C****,* ***de las secciones 52 a la 56***. Comprendo que la ley federal (***45 CFR Sección 164.512***) sobre la privacidad de la información de la salud puede que no prohíba al destinatario que vuelva a revelarla. Sin embargo, otras leyes pueden prohibir que se vuelva a revelar. Comprendo qué tipo de información va a ser compartida, el propósito de compartir la información y que existen leyes que protegen la privacidad de dicha información. “El Futuro” describe las circunstancias en las que se permite, o esta requerido por ley, compartir la información sobre las reglas de privacidad localizadas en la copia para clientes.

***The sharing of information is limited to the minimum necessary to evaluate, plan treatment, make recommendations, and/or coordinate services.*** *The information disclosed is confidential and may not be released again except in emergencies or as provided for in General Statutes 122C 52 through 56. I understand that the federal law* ***(45 CFR Section 164.512)*** *about the privacy of health information may not prohibit that the recipient discloses the information again. However, other laws may prohibit its repeated release. I understand what kind of information will be shared, the goal of sharing the information and that laws which protect the privacy of this information exist. “El Futuro” provides this information in the privacy statement located in your client copy, with examples of circumstances in which the law allows disclosing information, or when it is required by law, to share client information.*

La información divulgada proviene de expedientes protegidos por las Reglas de Confidencialidad Federales **(*42 CFR Parte 2*)**. Las reglas federales prohíben divulgaciones adicionales de la información a menos que sea expresamente permitida por consentimiento escrito por la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por ***42 CFR Parte 2***.

*The information disclosed is from records protected by Federal Confidentiality Rules* ***(42 CFR Part 2)****. The federal rules prohibit further disclosure of the information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by* ***42 CFR Part 2****.*

|  |
| --- |
|  |

**Doy mi autorización de forma voluntaria.** “El Futuro” no condicionará ni mi tratamiento ni los costos si no firma esta autorización. Comprendo que puedo suspender dicha autorización al autorizarlo por escrito a las agencias que me proporcionan. Dicha suspensión no afecta la validez de la autorización antes de su suspensión. Si no ha sido suspendida anteriormente, esta autorización caduca de forma automática en un año desde la fecha que se firmó **(indique fecha o evento)**, cualquiera que ocurra primero.

|  |
| --- |
|  |

***I am giving my authorization voluntarily.*** *El Futuro, Inc., will not alter my treatment or the costs of treatment if I don’t sign this authorization. I understand that I can suspend this authorization by writing to the appropriate person/agencies. This suspension does not affect the validity of the authorization before its suspension. If it hasn’t been suspended before, this authorization expires automatically one year after the date it is signed or**(****indicate date or event),*** *whichever occurs first.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Firmado/Signed*** |  |  | ***Fecha/Date*** |  |

( ) Cliente ( ) Madre ( ) Padre ( ) Tutor legal/representante

*Client* *Mother* *Father* *Guardian/legal representative*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Presenciado por/Witnessed by*** |  |  | ***Fecha/Date*** |  |

* **Sólo se requiere la firma del testigo si la solicitud se envía fuera del estado o si la firma del paciente consta simplemente de una seña**.
* *The signature of a witness is only required if the form is sent out of state or if the patient’s signature is just a symbol.*

Revocación del Permiso/*Withdrawal of Consent*

**Por la presente, el paciente o representante nombrado a continuación autoriza la revocación de esta autorización al firmar y fecharla:**

*By signing and dating this document, the patient or representative named below requests the suspension of this authorization:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmado/Signed |  |  | Fecha/Date |  |

|  |
| --- |
| o Cliente o Madre o Padre o Tutor legal/representante  *Client* *Mother* *Father* *Guardian/legal representative* |

|  |  |
| --- | --- |
| **El Paciente me ha notificado verbalmente que desea revocar esta autorización desde esta fecha:** |  |

*The patient has notified me verbally that s/he wants to suspend this authorization from this date*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Firmado/Signed* |  |  | *Fecha/Date* |  |

Personal de “El Futuro”

*El Futuro Staff*