

RM Psychiatry LLC  
Dr. Eduardo Rivera Mirabal  
San Jorge Medical Office Bldg Suite 401,  
San Jorge St 252, San Juan PR 00912  
787-990-4900  
frontdesk@riveramirabalpsychiatry.com

## Acuerdo y Política Financiera para Pacientes Nuevos

### Propósito de este Acuerdo

Este documento describe información importante sobre los servicios profesionales y las políticas de **RM Psychiatry LLC**, una práctica psiquiátrica privada propiedad y operada por el **Dr. Eduardo Rivera Mirabal, M.D.** Por favor, léalo con atención y firme al final para indicar que entiende y acepta estos términos.

### 1. Naturaleza de los Servicios

RM Psychiatry LLC y el Dr. Rivera Mirabal ofrecen evaluaciones psiquiátricas ambulatorias y seguimiento, incluyendo manejo de medicamentos y psicoterapia, según sea apropiado. Esta práctica no provee servicios psiquiátricos de emergencia ni de crisis.

La primera visita con el Dr. Eduardo Rivera Mirabal es una consulta inicial y no establece automáticamente una relación médico-paciente. Solo luego de completar la evaluación y si ambos médico y paciente están de acuerdo en continuar con un plan de tratamiento acordado, se establecerá dicha relación. Si durante la consulta inicial se determina que sus necesidades exceden el alcance clínico de la práctica, se le ofrecerán referencias apropiadas.

Si está experimentando una emergencia psiquiátrica (por ejemplo, pensamientos de hacerse daño, ideación suicida o incapacidad de mantenerse seguro), por favor llame al 9-1-1, acuda a la sala de emergencias más cercana o comuníquese con la Línea de Crisis de Salud Mental de Puerto Rico al 9-8-8.

### 2. Disponibilidad

El Dr. Eduardo Rivera Mirabal está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. No está disponible después de las 5:00 p.m. en días laborables, los fines de semana ni en días feriados. Los mensajes o correos electrónicos recibidos fuera del horario laboral serán atendidos el siguiente día laborable.

### 3. Tarifas y Política de Pago

Esta es una práctica privada basada únicamente en pagos directos ('cash-only'). La práctica no acepta ni tramita reclamaciones con planes médicos ni participa en redes de seguros.

#### **Tarifas:**

- Evaluación psiquiátrica inicial (60 minutos): \$200**
- Cita de seguimiento de 50 minutos: \$175**
- Cita de seguimiento de 30 minutos: \$100**

**El pago debe realizarse en su totalidad al momento del servicio.** Métodos de pago aceptados: efectivo, ATH móvil, tarjeta de crédito/débito.

Se puede proveer un **recibo detallado ('superbill')** a solicitud del paciente para reclamaciones directas con su plan médico fuera de esta práctica.

### 4. Políticas de Citas

- Cancelaciones: Las citas deben cancelarse o reprogramarse con al menos 24 horas de anticipación.
- Cancelaciones tardías / Ausencias sin aviso: **Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación o ausencias sin notificación se cobrarán al costo completo de la sesión.**
- Llegadas tardías: Las sesiones terminarán a la hora programada y se cobrará la tarifa completa.

### 5. Política de Recetas y Refills

Las recetas se procesan únicamente durante el horario laboral (lunes a viernes, 8:00 a.m. a 5:00 p.m.). Las solicitudes de refills deben enviarse al menos 3 días laborables antes de quedarse sin medicamento. No se emitirán refills fuera de cita si el paciente no ha sido evaluado en los últimos **90 días (3 meses)**. Los medicamentos controlados requieren monitoreo estricto y no serán repuestos si se pierden, roban o destruyen. Las solicitudes de refill deben enviarse a través de su farmacia o por mensaje seguro a través del portal del paciente del record médico electrónico, no mediante texto o buzón de voz.

## 6. Solicitud de Formularios y Documentos

Las solicitudes para completar formularios, cartas u otros documentos (por ejemplo, FMLA, incapacidad a corto plazo, cartas laborales o escolares, u otros formularios administrativos) conllevan **tarifas adicionales**.

Estos servicios **no están incluidos en el costo de las citas regulares**.

Las tarifas dependen de la complejidad y tiempo requerido, y generalmente oscilan entre **\$25 y \$75 por formulario**.

Todo formulario debe ir acompañado de una autorización válida para divulgar información, si aplica.

Por favor, permita hasta **10 días laborables** para completar cualquier solicitud. Las solicitudes urgentes pueden conllevar tarifas adicionales.

## 7. Política de Comunicación

Los asuntos rutinarios no urgentes pueden atenderse por teléfono o mensaje electrónico seguro durante el horario laboral. No utilice correo electrónico, texto o buzón de voz para emergencias. Los mensajes no urgentes serán respondidos dentro de un máximo de 2 días laborables. La comunicación electrónica (por ejemplo, correo electrónico o texto) puede no ser completamente segura; al utilizar estos métodos, usted reconoce y acepta este riesgo. Los temas sensibles o confidenciales deben discutirse durante la cita o por mensajería segura si está disponible.

## 8. Consentimiento para Telemedicina

Los servicios de telemedicina podrán ofrecerse cuando sea apropiado. Al participar en sesiones de telemedicina, usted reconoce y acepta que:

- La telemedicina utiliza tecnología segura de audio y video para brindar evaluación y tratamiento sin necesidad de acudir a la oficina.
- Usted debe encontrarse **físicamente en Puerto Rico** durante la cita y garantizar privacidad en su entorno.
- Toda la información generada en una cita virtual forma parte de su expediente médico y está protegida por las mismas leyes de confidencialidad y privacidad que aplican a las citas presenciales.
- Aunque se utilizan plataformas seguras, **todo sistema electrónico conlleva un riesgo mínimo de** fallo técnico o acceso no autorizado.
- **Beneficios:** acceso más conveniente y rápido a servicios médicos, continuidad de cuidado y reducción de barreras de transportación.
- **Riesgos:** posibilidad de limitaciones en la evaluación física, fallas tecnológicas que interrumpan la comunicación o pérdida de datos, y riesgo bajo de vulneración de privacidad.
- **Alternativas:** usted puede solicitar recibir servicios de forma presencial en la oficina o con otro proveedor.

- Los servicios de telemedicina **no sustituyen atención de emergencia**. En caso de crisis o pensamientos suicidas, llame al **9-1-1**, acuda a la sala de emergencias más cercana o comuníquese con la **Línea PAS / Línea de Crisis de Salud Mental al 9-8-8**.

Al firmar este acuerdo, confirmo que he leído, entiendo y acepto recibir servicios médicos por telemedicina ofrecidos por el Dr. Eduardo Rivera Mirabal y RM Psychiatry LLC.

## 9. Confidencialidad

Toda la información clínica es confidencial y está protegida por ley. La información solo se divulgará con su autorización escrita, excepto en los casos donde la ley requiera su divulgación, tales como: riesgo de daño a sí mismo o a otros, sospecha de abuso o negligencia, o requerimiento judicial.

## 10. Seguimiento, Continuidad de Cuidado y Terminación del Tratamiento

El paciente se compromete a asistir a las visitas de seguimiento según lo recomendado. Entiendo y acepto que el incumplimiento con las visitas de seguimiento puede resultar en la suspensión de cualquier receta de medicamentos o servicios previamente ofrecidos. En ciertos casos, la falta de seguimiento puede conllevar a la terminación de la relación médico-paciente, de acuerdo con las leyes de Puerto Rico y garantizando continuidad de cuidado y referencias médicas apropiadas.

## 11. Política de Vacaciones y Cobertura

El Dr. Rivera Mirabal puede tomar vacaciones o licencias profesionales periódicamente. Durante estos períodos, RM Psychiatry LLC puede ofrecer apoyo administrativo limitado, pero **no se proveerán refills, consultas de emergencia ni servicios clínicos** mientras el doctor esté ausente.

Se recomienda planificar con anticipación para asegurar un suministro adecuado de medicamentos antes de cualquier ausencia programada.

En caso de urgencias psiquiátricas durante estos períodos, contacte a su médico primario, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame a la **Línea de Crisis de Salud Mental de Puerto Rico al 9-8-8**.

## 12. Política Médico-Legal y de Testimonio en Corte

RM Psychiatry LLC y el Dr. Eduardo Rivera Mirabal **no ofrecen evaluaciones médica-legales ni forenses, y no participan en procesos legales** (incluyendo, pero no limitado a, testificar en corte, declaraciones juradas, cartas para abogados, o evaluaciones de custodia, incapacidad u otros fines legales).

El tratamiento se ofrece exclusivamente con propósitos clínicos — para diagnóstico, manejo de síntomas y objetivos terapéuticos — **no** para uso en procesos legales o administrativos.

Si usted decide involucrar su tratamiento o expediente psiquiátrico en un proceso legal, debe tener en cuenta lo siguiente:

- El Dr. Rivera Mirabal **no realiza determinaciones** de incapacidad, aptitud laboral, custodia ni otros asuntos legales.
- Si se recibe una orden judicial o citación legal, **RM Psychiatry LLC cumplirá con las leyes aplicables, pero no participa voluntariamente en testimonios o litigios.**
- Si fuese necesario brindar testimonio o preparar documentos legales, el tiempo invertido se facturará a razón de **\$400 por hora**, incluyendo preparación, viaje y tiempo en corte.
- Estos honorarios deben pagarse por adelantado.

Al firmar este acuerdo, usted reconoce y acepta que los servicios de RM Psychiatry LLC **no están destinados a procesos legales**, y que no solicitará ni esperará la participación del proveedor en dichos asuntos.

## 13. Código de Conducta del Paciente

RM Psychiatry LLC mantiene un ambiente seguro, respetuoso y profesional para todos los pacientes y el personal. Se espera que los pacientes traten al personal, al médico y a todas las personas asociadas con la práctica con cortesía y respeto en todo momento.

Los siguientes comportamientos son **inaceptables** y pueden resultar en la terminación del tratamiento luego de **un aviso por escrito**:

- Uso de lenguaje ofensivo, amenazas o falta de respeto
- Acoso o comunicación inapropiada hacia el personal o el médico
- Reincidencia en no cumplir con las políticas de la oficina o con las recomendaciones de tratamiento
- Presentarse a las citas bajo los efectos de alcohol o sustancias controladas
- Conducta disruptiva, destrucción de propiedad o negativa a pagar por los servicios recibidos

RM Psychiatry LLC se reserva el derecho de **terminar la relación terapéutica tras un aviso escrito** si el comportamiento del paciente se considera inseguro, amenazante o incompatible con la continuidad del tratamiento.

En tales casos, se tomarán medidas razonables para garantizar la continuidad del cuidado, incluyendo la provisión de referencias a otros proveedores cuando sea apropiado.

#### 14. Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Reconozco que he recibido (o se me ha ofrecido y he declinado recibir) una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Autorizo la divulgación de mi información médica según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones médicas, de conformidad con HIPAA y las leyes de Puerto Rico sobre confidencialidad médica.

#### 15. Consentimiento para Tratamiento y Asunción de Riesgos

Entiendo que todo medicamento y tratamiento médico conlleva riesgos potenciales, incluyendo, pero no limitándose a, efectos secundarios, complicaciones, reacciones adversas o resultados inesperados. Reconozco que no existe garantía de resultados y que los efectos del tratamiento pueden variar de un paciente a otro.

Por la presente, acepto y autorizo a recibir evaluación y tratamiento médico por parte del Dr. Eduardo Rivera Mirabal. Asimismo, reconozco y acepto que asumo voluntariamente estos riesgos y que, salvo en casos de negligencia médica comprobada o conducta intencional, libero de responsabilidad al Dr. Eduardo Rivera Mirabal, a RM Psychiatry LLC, a sus empleados, administradores, contratistas, representantes, socios, cónyuges, herederos y cualquier persona relacionada.

#### 16. Reconocimiento y Consentimiento

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido este Acuerdo para Pacientes Nuevos con **RM Psychiatry LLC**. Acepto recibir servicios bajo los términos y condiciones establecidos por **RM Psychiatry LLC**.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Evaluación Psiquiátrica

## Información del Paciente

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## Dirección:

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

## Fuente de Referido

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? \_\_\_\_\_

## Motivo de Consulta

**Describa brevemente la razón principal por la que busca atención psiquiátrica:**

---

---

---

## Historial Psiquiátrico

## ¿Alguna vez le han diagnosticado una condición de salud mental?

## Hospitalizaciones psiquiátricas previas:

### **Historial de Intentos de Suicidio:**

**Medicamentos o terapias previas:**

---

---

---

## Historial Médico y Medicamentos

**Condiciones médicas:**

---

---

**Marque con "x" si ha tenido historial de: \_\_\_\_\_ convulsiones**

\_\_\_\_\_ trauma a cabeza \_\_\_\_\_ Pérdida de conciencia

**Medicamentos actuales y dosis:**

---

---

---

---

---

---

**Farmacia preferida (incluya pueblo y número de telefono):**

---

---

**Alergias:** \_\_\_\_\_

## Uso de Sustancias

**¿Consume alcohol? Sí No Frecuencia:** \_\_\_\_\_

**¿Usa drogas recreativas? Sí No Tipo/Frecuencia:** \_\_\_\_\_

**¿Fuma o vapea? Sí No Cantidad:** \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

Condiciones psiquiátricas en familiares: \_\_\_\_\_

Abuso de sustancias por familiares: \_\_\_\_\_

Intentos suicidas por familiares: \_\_\_\_\_

## Historial Social

¿Cómo describe su niñez?

---

---

---

Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Cuantos hijos tiene y sus edades? \_\_\_\_\_

Con quien vive y dónde: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación: \_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a armas de fuego? Sí No

## Historial de Trauma

¿Ha experimentado o presenciado algún trauma (abuso físico o sexual, violencia, etc.)? \_\_\_\_\_

## Informacion Adicional:

Información adicional que desea que el doctor sepa:

---

---

---

---

---

RM Psychiatry LLC  
Dr. Eduardo Rivera Mirabal  
San Jorge Medical Office Bldg Suite 401,  
San Jorge St 252, San Juan PR 00912  
787-990-4900  
[frontdesk@riveramirabalpsychiatry.com](mailto:frontdesk@riveramirabalpsychiatry.com)

## Estimación de Buena Fe

La siguiente información se le presenta en cumplimiento con la nueva ley federal llamada **“Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act)”**, que entró en vigor el **1 de enero de 2022**. Esta ley requiere que le proveamos una **“estimación de buena fe”** del **COSTO TOTAL** de su tratamiento **para un año calendario completo**.

Calcular el costo total de un tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico es difícil, ya que el curso del tratamiento varía según cada persona. La ley exige que proveamos este estimado incluso antes de completar una evaluación inicial, lo que puede complicar la precisión del mismo.

Usted tiene derecho a recibir una **“Estimación de Buena Fe”** que le explique cuánto podría costar su atención médica.

De acuerdo con la ley, los proveedores de salud deben ofrecer a los pacientes sin seguro médico o que no estén utilizando su plan médico un estimado del costo de los servicios. El propósito de este documento es informarle sobre sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas. También le pregunta si desea renunciar a esas protecciones y pagar más por servicios fuera de la red de su plan médico. Si usted planea usar sus beneficios fuera de la red, esto no aplica.

Usted recibe este aviso porque este médico **no pertenece a la red de su plan médico**. Esto significa que ni el médico ni la facilidad médica tienen un contrato con su plan de seguro. Recibir servicios de este médico o facilidad podría costarle más. Si necesita ayuda para saber si estas protecciones aplican a usted, consulte con su proveedor de salud o su plan médico.

La cantidad que aparece a continuación es **solo un estimado**; no representa una oferta ni un contrato por servicios. Este estimado muestra los costos totales aproximados de los servicios listados. No incluye información sobre lo que su plan médico podría cubrir. Esto significa que el costo final podría ser diferente. Usted y su proveedor decidirán la frecuencia de sus citas según sus necesidades. Esto variará dependiendo de si recibe servicios de manejo de medicamentos, terapia o ambos.

---

### Tarifas por citas:

- **Evaluación inicial:** \$200
- **Cita de seguimiento (50 minutos):** \$175

- **Cita de manejo de medicamentos (30 minutos): \$100**

Estas tarifas aplican para pacientes sin seguro o que deciden no usarlo. Los costos se basan en la duración de la cita, incluso si termina antes. Usted podría ser responsable de cubrir cargos que su aseguradora no pague.

---

## **Códigos de facturación:**

Estimación de Buena Fe también requiere que le proveamos los **códigos diagnósticos esperados**. Estos pueden variar dependiendo de la complejidad de la cita y **solo pueden confirmarse al finalizar la evaluación o cita**.

A continuación se presentan los **posibles códigos diagnósticos utilizados por RM Psychiatry LLC**.

- Cita inicial: 99204 o 99205
- Seguimientos (30 min): 99213, 99214, 99215 + 90833
- Seguimientos (50 min): 99213, 99214, 99215 + 90836
- Psicoterapia individual: 90834

---

## **Códigos diagnósticos comunes:**

Estimación de Buena Fe también requiere que le proveamos **códigos diagnósticos esperados**. Esta **no es una lista completa** y está sujeta a cambios. Su diagnóstico o diagnósticos **pueden o no** estar incluidos en esta lista. Los **códigos de diagnóstico** para cada servicio dependen de la condición individual de cada persona, y usted **puede tener más de uno**. Los diagnósticos de algunos trastornos pueden **variар con el tiempo**. Algunos de los **códigos de diagnóstico más comúnmente utilizados** incluyen, entre otros, los siguientes:

- F31-F31.9: Trastorno Bipolar
- F32-F33.42: Trastornos Depresivos
- F39: Trastorno del Estado de Ánimo No Especificado
- F40-F40.9: Trastornos de Ansiedad Fóbica
- F41-F41.9: Otros Trastornos de Ansiedad
- F42-F42.9: Trastornos Obsesivo-Compulsivos
- F43-F43.9: Reacción a Estrés Severo y Trastornos de Adaptación (incluye PTSD)
- F50-F50.9: Trastornos Alimentarios
- F32.81: Trastorno Disfórico Premenstrual (PMDD)
- F25-F25.9: Trastornos Esquizoafectivos
- F20-F20.9: Esquizofrenia
- F60-F60.9: Trastornos de Personalidad Específicos
- F90-F90.9: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
- F17.20: Dependencia a la Nicotina
- F10-F10.9: Trastornos Relacionados con el Alcohol

- F11-F11.9: Trastornos Relacionados con Opioides
- F12-F12.9: Trastornos Relacionados con Cannabis

---

## **Aviso importante:**

Este estimado se ofrece para un paciente con un tratamiento posiblemente complejo que podría requerir citas frecuentes. Muchas personas necesitan menos citas o visitas más cortas, por lo que su costo anual puede ser más bajo.

La frecuencia y duración de las citas se determinarán junto a su médico, según sus necesidades. Si sus citas son más frecuentes, el costo anual será mayor; si son menos frecuentes, el costo será menor.

Este estimado no considera reembolsos fuera de la red que pueda recibir de su aseguradora.

También debe tener en cuenta que podrían aplicarse cargos adicionales por “otros servicios profesionales” (descritos en el contrato para nuevos pacientes). Además, se cobrará el **costo completo** por citas perdidas o canceladas con menos de **24 horas de anticipación**.

---

## **Descargos de responsabilidad:**

Esta Estimación de Buena Fe refleja los costos razonablemente esperados para su tratamiento, basados en la información disponible al momento de prepararlo.

No incluye costos inesperados que puedan surgir durante el tratamiento. Si se presentan complicaciones o circunstancias especiales, podría generarse un costo adicional. En esos casos, la ley federal le permite disputar la factura.

Si recibe una factura mayor a este estimado, puede comunicarse con su proveedor para solicitar una revisión, negociar la factura o preguntar sobre asistencia financiera.

También puede iniciar un proceso de resolución de disputas con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) dentro de los 120 días calendario posteriores a la fecha de la factura original. El proceso cuesta \$25.

Para más información o para iniciar el proceso, visite: [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises).

El inicio de un proceso de disputa no afectará la calidad de su atención médica.

---

**Número de control OMB [0938-1401].**

La fecha de expiración será exactamente un año después de la fecha firmada.

Guarde una copia de este Estimado de Buena Fe en un lugar seguro o tome una foto del mismo. Podría necesitarlo si se le factura una cantidad mayor.

**Dr. Eduardo Rivera Mirabal  
RM Psychiatry LLC**

- Revise su estimado detallado.
- Llame a su plan médico. Su plan puede tener mejor información sobre cuánto se le pedirá que pague. También puede preguntar qué está cubierto bajo su plan y cuáles son sus opciones de proveedores.
- ¿Preguntas sobre este aviso o el estimado? Llame al **650-275-3939**.
- ¿Preguntas sobre sus derechos? Llame al número federal **1-800-985-3059** para obtener información o presentar una queja.

También puede visitar: [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises)

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y revisado una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados por los servicios provistos por RM Psychiatry LLC, según lo requiere la Ley de No Sorpresas.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Autorizado\*:** \_\_\_\_\_

**Fecha\*:** \_\_\_\_\_