



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

POLÍTICA DE EMERGENCIAS Y CRISIS

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA AMBULATORIA

Para garantizar su seguridad y brindarle la mejor atención posible, es importante que comprenda cómo se manejan las emergencias en esta práctica. Por favor, lea y firme esta política para reconocer nuestros procedimientos de emergencia.

1. ESTA ES UNA PRÁCTICA AMBULATORIA

Nuestra práctica ofrece citas psiquiátricas programadas y manejo de medicamentos. No proporcionamos servicios de crisis las 24 horas.

- Su PMHNP está disponible únicamente durante el horario laboral programado.
- No contamos con un proveedor “de guardia” después del horario laboral, los fines de semana ni durante días festivos.

2. QUÉ HACER EN UNA EMERGENCIA QUE AMENAZA LA VIDA

Si usted está experimentando una emergencia de salud mental (como pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otra persona) o cualquier emergencia médica:

- Llame al 911 inmediatamente.
- Acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano.
- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 (Línea Nacional de Prevención del Suicidio y Crisis), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

3. COMUNICACIONES Y TIEMPOS DE RESPUESTA

- Buzón de voz/Correo electrónico: Los mensajes dejados después del horario laboral o durante el fin de semana serán revisados el siguiente día hábil.
- No utilice el portal del paciente ni el correo electrónico para emergencias. Estas herramientas no son monitoreadas en tiempo real.
- Si deja un mensaje relacionado con una crisis, nuestra primera respuesta será dirigirlo a los recursos de emergencia mencionados anteriormente.



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

PH: (918) 340-6460
FX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

POLÍTICA DE EMERGENCIAS Y CRISIS

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

4. REQUISITOS DE SEGURIDAD PARA TELEMEDICINA

Para su protección durante las visitas remotas, se requiere lo siguiente:

- **Ubicación actual:** Al inicio de cada sesión, debe confirmar su dirección física.
- **Contacto de emergencia:** Debe proporcionar una persona de contacto de emergencia válida a quien podamos llamar si nos preocupa su seguridad durante una sesión.
- **Servicios locales:** Si ocurre una crisis durante una videollamada, su proveedor puede comunicarse con los servicios de emergencia en su área local para asistirle.

5. PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

Aunque su tratamiento es confidencial, tenga en cuenta que la ley y la ética profesional exigen que su proveedor contacte a los servicios de emergencia o a las autoridades si existe un riesgo inminente de daño para usted o para otras personas. Su seguridad es nuestra máxima prioridad.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

He leído y comprendido la Política de Emergencias y Crisis. Entiendo que esta práctica no proporciona servicios de emergencia y acepto utilizar el 911, la Línea 988 o la sala de emergencias más cercana en caso de una crisis psiquiátrica.

Firma del Paciente/Tutor: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____