



NOMBRE DE CLIENTE		FECHA		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ES	ZIP	TELE
EMAIL		FECHA DE NACIMIENTO:		
TERAPEUTA				

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y PAGO

Bienvenido a Summit Community Counseling ( " Summit " ) . Es nuestro intento para ofrecerle servicios excelentes que se basan en una evaluación en colaboración de sus necesidades y objetivos . Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en participar en los servicios acordados y usted autoriza el pago de estos servicios. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este formulario en cualquier momento, por favor hablar sobre esto con un miembro de nuestro personal.

### Tratamiento y Servicios

El tratamiento o los servicios que recibe están destinadas a mejorar su salud y bienestar y su calidad de vida en general. Los servicios se basan en la información que proporciona, la evaluación de los especialistas con los que se trabaja, y las decisiones de colaboración con respecto a sus objetivos y servicios. Usted siempre tiene el derecho a plantear preguntas sobre los servicios y solicitar una segunda opinión, o que busque una segunda opinión a su cargo. Usted también tiene el derecho a retirar de los servicios en cualquier momento. Sin embargo, por favor tenga en cuenta que algunos servicios prestados por Summit podrían estar supeditada a otros servicios, y la interrupción se podría afectar nuestra capacidad de proporcionar otra, ya que puede hacer que el otro servicio menos eficaz. Siempre que sea posible, intentaremos acomodar a estas situaciones.

El tipo y la frecuencia de los servicios dependerá de las metas de los servicios y la autorización del pagador. Si sabemos que una autorización disminuido afectará sustancialmente la eficacia del tratamiento, nos reservamos el derecho de notificar a usted y discontinuar los servicios, y nosotros le ayudaremos a apelar la decisión que sea posible. Tenga en cuenta que la eficacia de los servicios dependerá en gran medida de la información que proporciona y en participar activamente en los servicios y tareas asignadas.

### Agravio

Si usted tiene alguna preocupación con respecto a los servicios que recibe, se le recomienda que hable con el especialista con quién se está trabajando. Si esto no resuelve el problema o usted preferiría discutir la preocupación con otra persona, usted puede pedir para hablar de la preocupación por el director clínico poniéndose en contacto con el gerente de negocios de la clínica.

### Facturación y Pago

Si usted está pagando por los servicios de forma, se abonará en el momento del servicio. Si facturáramos a su proveedor de seguros para los servicios, también se requiere cualquier co-pago que usted tiene en el momento del servicio. Co-pagos, deducibles y otros arreglos para servicios de salud mental a menudo son diferentes bajo la cobertura del seguro que otros servicios de salud. Le animamos a ponerse en contacto con su proveedor de seguros para entender sus beneficios disponibles para los servicios que ofrecemos, para obtener la autorización de los servicios, y para entender sus responsabilidades en relación con el pago.

Nos facturamos de su proveedor de servicios de que puedan pagar, y nos pondremos en contacto con su seguro para ayudar en la autorización de los servicios cuando sabemos que se requiere. **Trabajaremos para obtener el reembolso de su seguro u otras fuentes de financiación. Sin embargo, tenga en cuenta que algunos de los servicios que ofrecemos no pueden ser cubiertos por su seguro. En todos los casos, el pago es su responsabilidad final. Si su seguro se niega a pagar por los servicios, usted será responsable.** Si Medicaid o Medicare está proporcionando cobertura de sus servicios, tendrá que proporcionarnos la verificación de su elegibilidad mensual. Si el seguro cubre parte o la totalidad de sus servicios, usted deberá notificarnos de cualquier cambio en su seguro cuando se producen y nos proporcione copias actuales de su tarjeta de seguro.

Su hora de la cita está reservado para usted. Como tal, **por favor tenga en cuenta que los servicios ofrecidos por Summit podrían tener tarifa de cancelación si se pierde su cita o se cancela su cita tarde.** Para los servicios donde hay una tarifa, tenemos la obligación de aplicar de forma coherente, excepto cuando esté prohibido por contrato. Una cita perdida se considera cualquier cita donde una persona cancela, no asiste, o llega más de 15 minutos tarde sin previo aviso por lo menos 24 horas. Si usted tiene alguna pregunta acerca de los servicios a los que se aplica una tarifa, por favor póngase en contacto con nuestro gerente de negocios de la clínica.

Aceptamos el pago con dinero en efectivo, cheque, o la mayoría de las tarjetas de crédito. El pago se realizará al momento del servicio. Por favor, tenga en cuenta que de lo contrario se le enviará una notificación de pagos debido a que tendrá que pagar a la recepción. Tenga en cuenta también que las facturas morosas tendrán una tarifa por mora de acuerdo con la política actual de tasas de Summit, y pueden ser enviados a una agencia de cobros para la resolución si no se arregla otro acuerdo con la oficina de negocios.

Si tiene preguntas sobre el pago o la facturación, por favor hable sobre esto con nuestro gerente de negocios de la clínica y trabajaremos para ayudarle en todo lo que podamos.

Al firmar esta autorización, usted reconoce y acepta lo siguiente:

*En caso de ser necesario colección, Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en pagar todos los honorarios de abogados, costas judiciales, honorarios de presentación, y toda las costas de colección que no exceda el 40% de la cantidad adeudada que puede ser evaluada por cualquier agencia de cobro retenido para continuar con el asunto. Yo/Nosotros además estoy/estamos de acuerdo en pagar un cargo por financiamiento de 1.5% mensual (tasa anual del 18% por año) del saldo insoluto. Yo / Nosotros autorizo/autorizamos esta agencia para llamar a cualquier número de teléfono que Yo / Nosotros proporciono/proporcionamos para cualquier propósito legal.*

### Emergencia Médica

En caso de una emergencia médica, ofreceremos tratamientos básicos, como la RCP y Primeros Auxilios, así como asistencia de emergencia de contactos que le llevará a la Sala de Emergencias más cercana.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en caso de una emergencia médica.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Tengo una Directiva Médica Avanzada que me gustaría haber puesto en mi archivo (si aplica).

### Reconocimiento de Medicaid

Si Medicaid provee cobertura de sus servicios, se le dará un manual de Medicaid. Se le mostrará las siguientes secciones en su manual de Medicaid por su proveedor: Quejas, Derechos del Cliente, Transporte, Servicio de Emergencia, y Elección de Terapeuta. *Por poner mis iniciales abajo, yo reconozco que he recibido un manual de Medicaid y se me mostró las secciones arriba mencionadas.*

Iniciales: \_\_\_\_\_ Manual de Medicaid      Iniciales: \_\_\_\_\_ Folleto de Directiva Médica Avanzada (*sólo pacientes adultos*)

### Autorización para el Uso de Textos / Emails

Como cliente, usted tiene el derecho de recibir o transmitir información de salud personal (PHI) a través de métodos no garantizados, como textos y email, aunque no es aconsejable. Usted puede optar por autorizar esta opción si desea comunicarse con su terapeuta a través de texto o email con respecto a la programación de citas u otras preguntas / preocupaciones. Por favor, tenga en cuenta que estos medios son inseguros, y la información puede ser recuperada por terceros.

*Entiendo que al elegir enviar y recibir mensajes de texto y / o email relacionados con la programación de citas y otros preguntas / usos, reconozco que estos medios no son seguros, y la privacidad de la información transmitida no puede ser garantizada. Entiendo que no estoy obligado a autorizar este para recibir tratamiento. También entiendo que puedo terminar esta autorización en cualquier momento.*

Iniciales: \_\_\_\_\_ Autorizo el uso de los textos      Tele móvil: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_ Autorizo el uso de email      Email: \_\_\_\_\_

*Al firmar abajo, yo estoy presente, reconozco que he leído y entiendo la autorización para el tratamiento y pago, y han aplazado cualquier pregunta o preocupaciones a la gerente de negocios de la clínica.*

NOMBRE (Por favor de Imprimir)	
FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN (si aplica)	FECHA
FIRMA DE TESTIGO (sólo uso de oficina)	FECHA