Crossroads
COUNSELING CENTER

Acuerdo Financiero y Consentimiento para Tratamiento

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Úselo solo como referencia. Escriba sus respuestas en los documentos en inglés.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

_____ *(iníciales)* Por la presente, autorizo a Crossroads Counseling Center para brindarme servicios ambulatorios a mí y a mi hijo/a. Entiendo que mi terapeuta me hablará sobre servicios específicos durante la planificación del tratamiento.

_____ *(iníciales)* Por la presente, acepto reportar dificultades con el uso de medicamentos a Crossroads Counseling Center. Los médicos no están presentes en la consulta a diario. Las reposiciones se realizan al momento de contactar con los médicos. Se requiere un aviso con al menos una semana de anticipación para una reposición.

_____ *(iníciales)* Por la presente entiendo que si mi hijo es menor de 16 años, un padre/tutor debe permanecer en la agencia o hablar con el terapeuta del niño antes de irse.

PRACTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

_____ *(iníciales)* He leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad/confidencialidad, derechos de los clientes y políticas de la agencia Crossroads Counseling Center, y acepto los términos incluidos.

HONORARIOS

_____ *(iníciales)* Todos los honorarios son responsabilidad directa del cliente/garante, durante el tratamiento y si se requieren servicios tras la finalización de la atención. Presentamos reclamaciones al seguro y hacemos todo lo posible por obtener el reembolso de las compañías de seguros y Medicaid. Sin embargo, cualquier saldo no cubierto por el seguro se facturará directamente al cliente/garante. La tabla de honorarios de Crossroads se incluye al dorso de esta página. Esta tabla se actualiza periódicamente. Se pueden proporcionar copias actualizadas a solicitud.

_____ *(iníciales)* Los servicios solicitados y prestados por nuestra agencia que no estén cubiertos por el seguro médico (ver tabla de tarifas) serán responsabilidad financiera del garante. Los honorarios son responsabilidad financiera del cliente/garante, independientemente de la recomendación del terapeuta, el testimonio o una decisión de la corte.

_____ *(iníciales)* El pago debe realizarse al momento del servicio. Los saldos restantes después de 30 días de la prestación del servicio se enviarán a cobranza, a menos que se haya acordado una modificación de antemano.

_____ *(iníciales)* Si hay varios garantes, se debe presentar una orden judicial que declare la responsabilidad financiera. De no presentarse, la responsabilidad financiera recaerá sobre la parte que solicita el tratamiento.

_____ *(iníciales)* El garante es responsable de notificar cualquier cambio en la cobertura del seguro. En caso de no notificar, los gastos incurridos correrán a cargo del garante.

_____ *(iníciales)* Nuestros terapeutas se comprometen a brindar citas puntuales y con la frecuencia necesaria. Se aplicará un cargo por las citas canceladas sin previo aviso de 24 hrs. mínimo. El cargo es la mitad del costo de la sesión perdida. La disponibilidad y el horario de las citas pueden ser limitados; por favor, consulte con su terapeuta si tiene algún problema con la programación. Las citas programadas no se mantienen si se cancelan sin previo aviso.

Certifico que estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento para el tratamiento de este cliente. He leído y comprendido que los servicios mencionados, si los solicito yo o mi representante, son mi responsabilidad financiera y se me ha informado que estos honorarios deberán pagarse al momento de la prestación de los servicios o antes de la misma, como se indica anteriormente. He leído la política de Crossroads Counseling Center sobre cargos, presentación de informes de seguros, expectativas de pago, cancelaciones y citas perdidas. Acepto la responsabilidad financiera como garante del pago de los servicios recibidos. En caso de utilizar los beneficios del seguro para pagar la totalidad o una parte de los cargos, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros presentadas en mi nombre. Autorizo la divulgación de información a mi(s) compañía(s) de seguros por teléfono, correo postal o transmisión electrónica. Autorizo el pago directo a mi proveedor de servicios.

_____ _____
Firma del Cliente o Tutor Legal Fecha

_____ _____
Nombre del Cliente o Tutor Legal Su Relación con el Cliente

_____
Garante

Crossroads
COUNSELING CENTER

Acuerdo Financiero y Consentimiento para Tratamiento

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

HONORARIOS

Su seguro podría cubrir lo siguiente:

Admisión/Evaluación Clínica y Psiquiátrica	$210.00 a $280.00 por hora
Sesiones Psiquiátricas	$90.00 a $360.00 por sesión
Terapia Individual o Familiar	$80.00 a $175.00 por sesión
Terapia de Grupo	$40.00 a $60.00 por grupo
Evaluaciones/Pruebas Psicológicas (Incluyendo reporte)	$85.00 a $170.00 por unidad*

Su seguro no cubre lo siguiente:

Breve Resumen del Caso o Carta de Apoyo (Máximo dos páginas)	$60.00 a $90.00*
Reporte de la Corte	$60.00 a $300.00 por hora*
Comparecencia en la Corte	$150.00 a $350.00 por hora incluyendo viaje
Copia del Registro	75¢ por página por las primeras 25 páginas, 50¢ por página por las páginas 26-100, 25¢ por cada página que pase las 100 páginas Honorario mínimo $10

Los honorarios por testimonio judicial no están cubiertos por el seguro médico y son responsabilidad del cliente/parte responsable. Se requerirá un depósito judicial de entre $500 y $2000* al inicio del tratamiento si se requiere testimonio. Si surgen problemas judiciales durante el tratamiento y se requiere testimonio judicial, se requerirá un depósito judicial antes o en el momento de la citación. Si el terapeuta no es citado en su caso, se le reembolsará el depósito judicial en su totalidad. Si el terapeuta testifica en su caso, el depósito judicial se utilizará para cubrir los gastos de viaje, preparación judicial y testimonio en la sala/declaración. Este cargo se aplica independientemente de las recomendaciones del terapeuta, el testimonio o la decisión del caso.

* El terapeuta dará un presupuesto antes de prestar el servicio.