



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: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

(iniciales) Por medio de la presente autorizo a Crossroads Counseling Center para proveer servicios ambulatorios para mí/mi hijo(a). Entiendo que mi terapeuta hablará conmigo respecto a los servicios específicos durante el proceso de planificación del tratamiento.

(iniciales) Por medio de la presente, acepto reportar problemas con el uso de medicamentos a Crossroads Counseling Center. Los médicos no se encuentran en la oficina a diario. Los medicamentos (refills) se re-surten al momento de contactarse con el médico. Se requiere al menos un aviso de una semana para re-surtir (refill) un medicamento.

(iniciales) Por medio de la presente entiendo que si mi hijo(a) es menor de 16 años, un padre/tutor debe permanecer en la agencia o hablar con el terapeuta antes de marcharse.

PRACTICAS SOBRE PRIVACIDAD DE HIPAA

(iniciales) He leído y recibido una copia de *Notificación de Prácticas en la Privacidad/Confidencialidad (Notice of Privacy Practices/Confidentiality) Derechos de los Clientes (Clients' Rights) y Políticas de la Agencia (Agency Policies)* de Crossroads Counseling Center, y acepto los términos.

HONORARIOS

(iniciales) Todos los honorarios son responsabilidad directa del cliente/fiador, durante el tratamiento y si se requieren servicios después de la terminación del cuidado. Nosotros presentamos los reclamos a su seguro y hacemos todo lo posible para buscar el reembolso de su compañía de seguros y de Medicaid. Sin embargo, cualquier saldo que no sea cubierto por su seguro se cobrará directamente al cliente /fiador. La lista de honorarios de Crossroads está incluida en la parte posterior de esta página. Los honorarios se actualizan periódicamente. Podemos proporcionar copias actualizadas de los honorarios a solicitud.

(iniciales) Los servicios solicitados y proporcionados por nuestra agencia que no sean cubiertos por su seguro de salud (consulte la lista de honorarios) serán responsabilidad financiera del garante. Los honorarios son responsabilidad financiera del cliente/fiador, independientemente de la recomendación o del testimonio del terapeuta, o de una decisión del tribunal.

(iniciales) Se requiere el pago al momento del servicio. Cualquier saldo que quede después de 30 días posteriores a los servicios recibidos se remitirá a la oficina de cobros (collections), a menos que se haya llegado a un acuerdo de pago antes de los servicios.

(iniciales) Si hay múltiples fiadores, se debe proporcionar una orden judicial que indique responsabilidad financiera. Si no se proporciona, la responsabilidad financiera será de la persona que busca el tratamiento.

(iniciales) El fiador es responsable de notificarnos si haya un cambio en su cobertura del seguro. Si no se notifica dicho cambio, cualquier cargo incurrido será responsabilidad del fiador.

(iniciales) Nuestros terapeutas se comprometen a proporcionar citas oportunas y tan frecuentes como sea necesario. Se cobran honorarios por no presentarse a su cita o la cancelación de su cita sin un aviso de 24 horas. El cargo es de la mitad del honorario de la sesión perdida. La disponibilidad y los horarios de las citas pueden ser limitados; por favor hable con su terapeuta si hay algún problema con la hora o día de su cita. Las citas permanentes no se mantendrán si se cancelan sin previo aviso.

Certifico que estoy legalmente autorizado(a) para proporcionar mi consentimiento para el tratamiento de este cliente. He leído y entiendo que dichos servicios, si los solicito yo o mi representante, son mi responsabilidad financiera y se me ha informado que estos honorarios se pagarán al momento de los servicios prestados o antes de la prestación del servicio como se indica anteriormente. He leído la política de Crossroads Counseling Center sobre cargos, reclamación a su compañía de seguros, expectativas de pago, cancelaciones y citas perdidas. Estoy de acuerdo y acepto la responsabilidad financiera como fiador del pago por los servicios recibidos. En caso de que use 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 seguro presentadas en mi nombre. Autorizo la divulgación de información a mi (s) compañía (s) de seguros por vía telefónica, correo o transmisión electrónica. Autorizo el pago directo a mi proveedor de servicios.

Firma del Cliente o Tutor Legal

Fecha

Escriba el Nombre del Cliente o Tutor Legal

Su Relación con el Cliente

Fiador



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	\$155.00 a \$232.00 por hora
Sesiones Psiquiátricas	\$120.00 a \$320.00 por sesión
Terapia Individual o Familiar	\$70.00 a \$170.00 por sesión
Terapia de Grupo	\$40.00 a \$60.00 por grupo
Evaluaciones/Pruebas Psicológicas (Incluyendo reporte)	\$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*
Informe de los tribunales	\$60.00 a \$170.00 por hora*
Comparecencia ante los Tribunales	\$150.00 a \$200.00 por hora incluyendo el 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 del testimonio de los tribunales no están cubiertos por su seguro de salud y son la responsabilidad del cliente/persona responsable. Se requerirá un anticipo por honorario que oscile de \$360 a \$ 1200 * al comienzo del tratamiento si se necesita un testimonio de los tribunales. Si surgiesen problemas tribunales durante el curso del tratamiento y se necesita el testimonio de los tribunales, se requerirá este honorario de retención al momento o antes de la fecha de la citación legal. Si el terapeuta no recibe una citación legal en su caso, el honorario de retención será reembolsado en su totalidad. Si el terapeuta atestigua en su caso, el honorario de retención se usará para pagar el tiempo de viaje, la preparación para el tribunal y el testimonio/deposición del tribunal. Este honorario se aplica independientemente de las recomendaciones, o el testimonio del terapeuta, o la resolución del caso.

* Su terapeuta le dará una estimación antes de proveerle servicios.