

AVISO AL CLIENTE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Proteger la privacidad de nuestros clientes siempre ha sido importante para esta práctica. Una nueva ley federal y estatal titulada Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y requiere que le informemos sobre nuestra política. En Ellie Family Services, nos preocupamos mucho por mantener su información de salud segura y confidencial. Esta ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, que le demos este aviso y que cumplamos con los términos de este aviso. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a aquellos involucrados en su tratamiento; por ejemplo, una revisión de su expediente por parte de un médico especialista, con quien podemos participar en su plan de atención.

Podemos usar o divulgar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviarle un informe de su evolución a su compañía de seguro de salud. Podemos divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica normales. Por ejemplo, uno de los miembros de nuestro personal ingresará su información en nuestra computadora. Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, como un representante o servicio de facturación. Tenemos un contrato por escrito con cada socio comercial que les exige proteger su privacidad. Podemos usar su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviarle boletines u otra información. También es posible que queramos llamarlo y recordarle sobre sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador o con la persona que conteste el teléfono a menos que nos haya dado otras indicaciones. En una emergencia, podemos divulgar su información de salud a un familiar o a otra persona responsable de su cuidado. Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando lo exija la ley.

Si se vende este consultorio, su información pasará a ser propiedad del nuevo dueño. Con excepción de lo descrito anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito. Puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos cumplir con su solicitud.

Usted tiene derecho a conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales. Como tendremos que contactarlo de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el número de teléfono que usted prefiera. Tiene derecho a transferir copias de su información médica a otra práctica. Usted tiene derecho a ver o recibir una copia de su información de salud. Usted tiene el derecho a solicitar un cambio o modificación en su información de salud. Envíenos, por escrito, las modificaciones que solicita. Si solicita incluir una declaración en su archivo, envíenosla por escrito. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios o no, sin embargo, atenderemos su solicitud incluyendo su declaración en su archivo. Si aceptamos una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos anteriores, sino que agregaremos nueva información.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios, por escrito. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, habitación 509F, Washington DC, 20201.

Si cree que su privacidad se ha visto comprometida o si está buscando más asistencia con respecto a su información personal de salud, le pedimos que se comunique primero con Ellie Family Services PLLP, directora ejecutiva, Erin Pash a: erin@elliefamilyservices.com o al 651.313.8080x100.

X _____
Firma del Cliente

Fecha

DERECHOS DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Autorizo a Ellie Family Services, PLLP a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros que se considere necesaria para procesar una reclamación de seguro. Es mi intención que una copia de esta autorización tenga la misma validez y efecto que el original. Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar beneficios a Ellie Family Services, PLLP.

He leído y entiendo las políticas arriba detalladas. Además, entiendo que la información que he proporcionado debe utilizarse con fines de gestión y la agencia garantizará la confidencialidad. Puedo preguntar u objetar los métodos y/o el tipo de información guardada. Mis derechos están protegidos por las leyes estatales y federales de confidencialidad y cualquier divulgación de información requiere mi consentimiento, excepto cuando sea requerido y permitido por ley, incluido el abuso y/o negligencia infantil y la intención de causar daño a los demás o a mí mismo. Doy mi consentimiento para que Ellie Family Services, PLLP proporcione evaluación, tratamiento u otros servicios que determinemos mutuamente que son los apropiados. Estoy participando voluntariamente y entiendo mi derecho a rechazar o interrumpir el tratamiento en cualquier momento. He tenido la oportunidad de discutir mis razones para solicitar estos servicios y entiendo mis responsabilidades en la relación terapéutica.

X _____
Firma del Cliente

Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Por la presente, doy mi consentimiento para que se evalúe mi tarjeta de crédito o que se me facture directamente, a una tasa de \$100, por cualquier cita a la que no asista sin haber dado aviso con 24 horas de anticipación. También acepto una tarifa de \$85 por cualquier cita cancelada y reservada nuevamente sin haberle dado aviso a mi terapeuta con 24 horas de anticipación.

Además doy mi consentimiento para que se me cobre a través de mi tarjeta de crédito cualquier saldo pendiente al final de cada mes en concepto de deducibles, copagos, coaseguros u otros montos que mi compañía de seguros determine como pagaderos por mí.

Si mi compañía de seguros de salud no ha pagado un reclamo dentro de los 60 días de la fecha de presentación, acepto la responsabilidad del pago total de cualquier saldo pendiente y autorizo a Ellie Family Services, PLLP para que aplique estos cargos a la tarjeta de crédito en el archivo por el monto total. Luego, podré cobrarle directamente a mi compañía de seguros de salud.

Entiendo que si cambian las tarifas o las políticas de la clínica, se me notificará por escrito de dichos cambios. Asimismo, entiendo que conservo el derecho de revocar esta autorización, si lo hago por escrito, por fax o por correo a la dirección correspondiente. Mis visitas se suspenderán hasta que se organice un nuevo acuerdo de pago.

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Código postal de facturación: _____

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento: _____ Tipo de tarjeta: _____

CVV (código valor de verificación)/Aut. Código: _____

X _____

Firma del Cliente

Fecha

RECONOCIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE POR EL PAGO DE SERVICIOS

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios que me ha prestado Ellie Family Services, PLLP, independientemente de que mi compañía de seguros reembolse estos servicios y que cualquier inexactitud en la información contenida en este formulario pueda dar como resultado la falta de pago de mi compañía de seguros. He obtenido una autorización previa de mi compañía de seguros, si la preautorización es un requisito para recibir los beneficios.

X _____

Firma del Cliente

Fecha

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN Y RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Acepto notificar inmediatamente a cualquier representante de Ellie Family Services, PLLP cada vez que haya algún cambio con respecto a mi afección de salud y/o cobertura del plan de seguro de salud. Entiendo que, en última instancia, soy responsable del pago a Ellie Family Services, PLLP por todos los servicios prestados al momento de mi visita; esto incluye saldos de deducibles, coseguros y copagos. También entiendo que si suspendo o cancelo mi atención y tratamiento, cualquier saldo pendiente será exigible y pagadero de inmediato.

Si mi plan de seguro de salud grupal o individual no cubre el tratamiento de salud mental o mi plan individual o grupal finaliza durante el curso de mi tratamiento, soy responsable de cualquier saldo impago. Si posteriormente se determina que la información del seguro proporcionada a Ellie Family Services, PLLP es inexacta, lo que resulta en la denegación de reclamaciones, soy responsable del monto denegado. Acepto toda la responsabilidad de mi tratamiento y eximo a Ellie Family Services, PLLP y a todos los miembros del personal de Ellie Family Services, PLLP de toda responsabilidad en el improbable caso de que surja un problema de mi tratamiento.

Su firma a continuación, autoriza a su médico a proporcionar a su compañía de seguros de salud toda la información que pueda solicitar con respecto a su tratamiento para usted y/o sus

dependientes. Usted es responsable de los cargos inelegibles no cubiertos por su plan de seguro. Si interrumpe el tratamiento por cualquier motivo, usted deberá efectuar el pago de todos los saldos restantes de inmediato, independientemente del estado de presentación de su reclamación.

Yo, el abajo firmante, afirmo y certifico que la información anterior es completa y precisa, según mi leal saber y entender, y acepto recibir atención en salud mental en el consultorio de Ellie Family Services, PLLP. Si recibo un reembolso directo de los servicios de Ellie Family Services, PLLP, es mi responsabilidad proporcionar esos pagos por los servicios prestados, directamente a un representante de Ellie Family Services, PLLP, de forma inmediata. Reconozco que este contrato es entre mi compañía de seguros de salud y yo, no Ellie Family Services, PLLP.

X _____
Firma del Cliente

Fecha