

1. ACUERDO FINANCIERO:

Estoy de acuerdo de pagar la totalidad de todos los servicios y suministros recibidos por mí o el paciente designado de Adult & Child Health. Acepto pagar en el momento de los servicios o suministros, a menos de que yo, la organización de atención administrada o la compañía de seguros haga arreglos especiales.

2. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:

Durante el período de mi tratamiento actual, autorizo a Adult and Child divulgar toda la información, incluidos los registros de drogas y alcohol o VIH necesarios, para que un pagador o asegurador procese y adjudique un reclamo de pago por los servicios proveídos al paciente o al representante del paciente. También entiendo que la información puede divulgarse al Departamento de Salud Mental y Adicciones de Indiana, ya que apoyan a Adult and Child como fuente financiera y como organización reguladora. También autorizo la divulgación de toda la información de clínica necesaria para obtener la certificación previa de un pagador / asegurador, para conseguir fondos y pagar servicios necesarios. Entiendo que mi pagador puede pedir datos e información limitada para comprender mis necesidades generales de atención médica y autorizo a mi equipo de tratamiento de A&C a usar dichos datos, entre más facilite la coordinación de atención médicamente necesaria. Es mi responsabilidad notificar a Adult and Child sobre cualquier cambio en el seguro y entregar a Adult and Child cualquier documentación o información necesaria para hacer reclamos. Si mi (s) compañía (s) de seguros no pagan nada o solo una parte de los costos, se me exigirá que pague el saldo de la cuenta. Como pólizas de las compañías de seguros difieren en el pago de los servicios, yo soy responsable de todas los costos por servicios que no están cubiertos por mi póliza de seguro, incluyendo los deducibles y los co-pagos. Autorizo el pago a Adult and Child del seguro o cualquier otro beneficio de partidos terceros, que se me pague. También entiendo que la verificación de beneficios por parte de Adult and Child no garantiza el pago de partidos terceros. Estos beneficios se determinarán en el momento en que los reclamos sean procesados por partidos terceros. Además, entiendo que este consentimiento para el pago puede ser revocado por mí, por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acción basadas en el permiso antes de mi revocación.

3. ACUERDO DE LAS CITAS:

Entiendo que las horas de mis citas han sido reservadas para mí y que la eficiencia de programar citas para otros pacientes depende de que yo cumpla con mi cita según, la programada. Entiendo que las citas perdidas repetidas pueden retrasar el progreso de mi tratamiento y el hecho de no cancelar 24 horas antes de que una cita se considere no presentarse o un "no show."

4. USO CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

El aviso de prácticas de privacidad de Adult and Child, brinda una descripción detallada de las razones para acceder su información de salud protegida, incluyendo información de cuando se requiere consentimiento y cuando no es necesario. La firma a continuación confirma que usted ha recibido el aviso de prácticas de privacidad de Adult and Child, que los derechos y responsabilidades del paciente se le explicaron en voz alta y se le ofreció esta información en formato escrita.

5. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD:

Yo, la persona que firmo abajo, acepto y doy mi consentimiento para participar en los servicios de salud (es decir, salud mental / adicciones / atención primaria) ofrecidos y proporcionados por Adult and Child según lo definido en la ley de Indiana. También he recibido notificación de mis derechos de confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas. Entiendo que estoy consintiendo y aceptando solo aquellos servicios de salud que mis proveedores asignados están calificados para proporcionar tomando en cuenta:

- a) el alcance de la licencia, certificación y practica del proveedor; o
- b) el alcance de la licencia, certificación y práctica de aquellos proveedores de salud mental que supervisan directamente los servicios recibidos por el paciente.

Inicialice en el cuadro para confirmar el acuerdo

PERMISO PARA TRANSPORTAR DEPENDIENTES: según corresponda, en el caso de que no pueda traer a mi hijo menor o la persona de la que yo tengo custodia legal al Programa, doy permiso a Adult and Child para llevar al paciente al Programa y participar en el tratamiento como necesario.

FOTOGRAFÍAS: Doy mi permiso para que los empleados de Adult and Child tomen mi foto con fines de identificación interna, diagnóstico, tratamiento o propósitos de educación. Entiendo que puedo rescindir este consentimiento en cualquier momento. Inicialice en el cuadro para confirmar el acuerdo.

CITA SIN PRESENTACIONES: Adult and Child puede restringir su derecho a obtener atención médica de rutina de Child and Care (y limitar la atención médica al apoyo solo para crisis), si tiene dos (2) citas de no presentación en menos de un período de seis (6) meses.

Datos e información limitada pedidos por mi pagador: Entiendo que mi pagador puede pedir datos e información limitada para comprender mis necesidades generales de atención médica y autorizo a mi equipo de tratamiento de A&C a usar dichos datos, entre más facilite la coordinación de atención médicamente necesaria.

La persona firmando certifica que ha leído el documento, es el paciente o el padre o la persona con custodia legal del paciente(tutor), y acepta los términos del documento.

*Si menor de 18 años, y está recibiendo servicios para el abuso de drogas, el o ella tiene que firmar este consentimiento, en adición al padre / tutor legal.

Firma del Paciente /Tutor Legal: _____ Fecha: _____ Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Relación del Tutor Legal: _____

FOR OFFICE USE ONLY:	% of Discount: _____
Income Verified: Yes	No
Approved: Yes	No
HAP Eligible: Yes	No
Expiration Date: _____	