



Autorización del Paciente para Tratamiento y Responsabilidad de Pago

Yo, _____, por la presente, doy mi autorización para recibir evaluación y/o tratamiento de Aspire Indiana. Entiendo que dicha evaluación y tratamiento pueden consistir en evaluaciones psiquiátricas, psicológicas, psicosociales, médicas y de salud primaria, medicamentos, psicoterapia y otros tratamientos disponibles y adaptados a mis necesidades, incluida hospitalización si es necesaria. Entiendo que para que puedan verme para servicios de adicción debo proporcionar muestras de aliento o muestras de orina para análisis en el momento en que me sean requeridas, yo soy responsable del costo de los exámenes y las muestras de orina enviadas al laboratorio para análisis, serán identificadas solo por el número de cliente y primer nombre. También comprendo que esta autorización no me exonera de mis derechos civiles y me reservo el derecho para declinar tratamiento en contra de recomendación médica.

Entiendo que los servicios de salud mental serán proporcionados por un profesional de salud del comportamiento, supervisado directamente por un proveedor médico calificado dentro del ámbito de licencia, certificación y entrenamiento.

Entiendo que los servicios de salud integral serán proporcionados por un profesional de cuidados de salud primarios, supervisado directamente por un proveedor médico calificado dentro del ámbito de licencia, certificación y entrenamiento. Soy consciente de que la práctica de la medicina y otras profesiones de cuidados de salud no son una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada sobre el resultado de cualquier tratamiento, examinación, procedimiento u otros servicios proporcionados por Aspire

Comprendo que La Notificación de Prácticas de Privacidad de Aspire, una copia de mis derechos como cliente, un documento sobre Confidencialidad de Expedientes de Clientes por Abuso de Alcohol o Drogas, Información sobre Tuberculosis y formulario de registro División de Salud Mental y Adicciones (DMHA por sus siglas en inglés) y presentación de información, están disponibles para mí en formato en papel en las oficinas de Aspire, en el sitio web de Aspire, o puedo solicitar que se me envíen copias por correo. Todo se me ha explicado y comprendo que puedo expresar mi inconformidad en cualquier momento. Tengo derecho a requerir completar una Voluntad Adelantada o Voluntad Adelantada Psiquiátrica.

Para poder proporcionar el servicio más conveniente y accesible a nuestros clientes y ayudarnos a cumplir con los requisitos reglamentarios de nuestros servicios, Aspire utiliza una variedad de productos por internet para complementar y mejorar nuestros servicios incluyendo Telemedicina, cada producto o servicio se revisa para cumplimiento de los requisitos de La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) para la seguridad y protección de Información de Salud Protegida. Hay ciertos riesgos asociados con utilizar servicios por internet, los cuales se le explicarán si elige registrarse para algún servicio en particular.

Comprendo y estoy de acuerdo en que el incumplimiento al proporcionar información de seguro exacta/actualizada en el momento de mi cita, puede resultar en hacerme responsable del pago. El Descuento de la Escala Variable de Tarifas que Aspire ofrece será aplicado a mi cuenta siempre y cuando proporcione verificación de ingresos dentro de los 30 días siguientes, ya sea que tenga cobertura de seguros o no. Se realizará la verificación de ingresos si tengo cambios en mis ingresos o cada 12 meses.

Autorizo a mi compañía de seguros a hacer pagos directamente a Aspire Indiana por el costo de los servicios.

Autorizo a Aspire Indiana a enviar la factura a mi compañía de seguros registrada y compartir toda la información necesaria para procesar las solicitudes para cualquiera y todos los servicios que pudiera recibir, incluyendo orientación por abuso de sustancias, información relacionada a alcohol o drogas, VIH/SIDA y otra información sobre enfermedades infecciosas.

Comprendo que en caso de que no pague por los servicios prestados por Aspire Indiana y cualquier cantidad que deba se convierta en morosa, estaré obligado con Aspire Indiana, no sólo por el valor de esos servicios, sino por el pago de cualquier tarifa de honorarios del abogado incurridos y cualquier costo asociado con cobros de Aspire Indiana por tales cantidades morosas.

Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito y no se realizará ninguna divulgación adicional, excepto en la medida en que Aspire Indiana ya haya actuado basándose en ella. En ese caso, seré responsable de cualquier costo por los servicios en los que incurra. Esta autorización vencerá cuando todos los asuntos de facturación relacionados, incluidas las auditorías de pago, se hayan resuelto a satisfacción de Aspire Indiana.

Reconocimiento y confirmación del paciente

- Entiendo que estoy dando consentimiento para el tratamiento
- Entiendo/acepto la obligación financiera y de pago anterior
- Entiendo que si no traigo prueba de ingresos, impedirá mi elegibilidad para descuento de tarifa variable.

Relación con el/la paciente: Elija una opción

Ser

Padre/Madre

Guardián(a)

Paciente, o Representante Legal, Firma