



ellie FAMILY SERVICES

www.elliefamilyservices.com
principal 651.313.8080 fax 651.433.7122

Políticas financieras y consentimiento informado

NOTA: SE REQUIERE TODA LA INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre legal del cliente: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Código postal _____

Teléfono de la casa: _____ ¿Dejar mensaje? Sí/No

Teléfono del trabajo: _____ ¿Dejar mensaje? Sí/No

Teléfono Celular: _____ ¿Dejar mensaje? Sí/No

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

SEGURO PRIMARIO

Parte Asegurada/Parte Responsable

Nombre completo: _____ Relación con el cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género (legal): Mujer ___ Hombre ___

Dirección residencial: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Compañía de seguros principal: _____
N.º de Identificación: _____ N.º de Grupo: _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad del empleador: _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de vigencia: _____ Número de teléfono del seguro: _____
Dirección postal de reclamos: _____
Copago: \$ _____ Coaseguro: _____
Límite de visitas anuales: SÍ NO Permitido anual: _____
Deducible individual: \$ _____ Deducible familiar: \$ _____
Cantidad máxima de gastos de bolsillo: \$ _____ Sesiones cubiertas: _____
¿SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA? SÍ NO
Número de autorización: _____ Número de sesiones autorizadas: _____
Fecha de autorización: desde _____ hasta _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del asegurado: _____ Relación con el cliente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: Mujer ___ Hombre ___
Compañía aseguradora secundaria: _____
N.º de Identificación: _____ N.º de Grupo: _____
Fecha de vigencia: _____ Número de teléfono del seguro: _____
Copago: \$ _____ Coaseguro: _____
Límite de visitas anuales: SÍ NO Permitido anual: _____
Deducible individual: \$ _____ Deducible familiar: \$ _____
Cantidad máxima de gastos de bolsillo: \$ _____ Sesiones cubiertas: _____
¿SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA? SÍ NO
Número de autorización: _____ Número de sesiones autorizadas: _____
Fecha de autorización: desde _____ hasta _____

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

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

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

PAGO PRIVADO: *"Se lo considera un cliente de 'Pago privado' hasta que le proporcione a Ellie Family Services, PLLP su información y formularios de seguro completos para determinar su calificación y aceptación de la cobertura de seguro de salud".*

Todos los pagos vencen al comienzo de cada sesión. Ellie Family Services, PLLP acepta efectivo, cheque o tarjetas de crédito (MasterCard, Visa o American Express). El monto de la sesión de Pago Privado es: \$ _____ y se pagará al comienzo de cada visita terapéutica. Iniciales del cliente: _____

Ellie Family Services, PLLP ofrece opciones de escalas variables de tarifas para TODOS los servicios que brindamos. Para determinar su elegibilidad para tarifas reducidas de servicios, Ellie Family Services, PLLP le preguntará sobre sus ingresos y su capacidad de pago durante la sesión de admisión.

RECLAMACIONES DE SEGUROS PARA NUESTROS CLIENTES: Si tiene cobertura de seguro de salud actual y desea que nuestra oficina de negocios presente reclamaciones en su nombre, nos complacería hacerlo, siempre y cuando nos proporcione una copia de su tarjeta de identificación de seguro y licencia de conducir.

CONSULTAS POR TELÉFONO/MENSAJE DE TEXTO: Las conversaciones por teléfono o mensaje de texto con su médico, además de establecer un horario de consulta, se consideran una "visita al consultorio" y es posible que se le cobre una tarifa por hora prorrateada. Tenga en cuenta que si bien los servicios terapéuticos se pueden ofrecer a través de una central telefónica, el seguro no cubrirá el costo de estos servicios. Además, los servicios terapéuticos no deben hacerse a través de mensajes de texto u otro intercambio electrónico, a menos que se aborde específicamente en el plan de tratamiento y tanto el clínico como el cliente acuerden los términos relacionados con los intercambios electrónicos.

POLÍTICA DE CHEQUES: Con mucho gusto aceptamos un cheque por nuestros servicios. Sin embargo, se le cobrará \$30 por un cheque devuelto. A partir de entonces, el pago debe hacerse en efectivo o con tarjeta de crédito.

EMERGENCIAS FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN: Los médicos de Ellie Family Services, PLLP no están disponibles para emergencias fuera del horario de atención. Los mensajes se revisan los días de la semana entre las 8:00 a. m. y 7:00 p. m. Para dejar un mensaje, llame a su médico directamente o a nuestra oficina principal. Para emergencias después de hora o si necesita asistencia inmediata, llame al 911, a su grupo médico o a su médico de atención primaria. Estos son algunos números telefónicos útiles en situaciones de crisis:

- **CRISIS CONNECTION 612-379-6363 Línea gratuita: 1-866-379-6363**
- **LÍNEAS NACIONALES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: 1-800-273-8255 (TALK)**
- **SERVICIOS RIVERWIND PARA SITUACIONES DE CRISIS: 763-755-3801**
- **LINKVET de MINNESOTA : 1-888-546-5838**
- **SERVICIOS PARA SITUACIONES DE CRISIS DEL CONDADO DE DAKOTA: 952-891-7171**
- **SERVICIOS PARA SITUACIONES DE CRISIS DEL CONDADO DE RAMSEY: 651-266-2700**
- **SERVICIOS PARA SITUACIONES DE CRISIS DEL CONDADO DE HENNEPIN: 612-596-1223**

CONFIDENCIALIDAD: Los temas tratados en terapia son importantes y están legalmente protegidos como confidenciales y "privilegiados". Sin embargo, existen límites al privilegio de la confidencialidad. Estas situaciones incluyen:

1. Sospecha de abuso o abandono de un niño, una persona mayor o un adulto vulnerable.
2. Cuando creo que usted corre peligro de hacerse daño a usted mismo o a otra persona o no puede cuidar de sí mismo.
3. Si informa que tiene la intención de lastimar físicamente a alguien, la ley exige que le informe a esa persona así como también a las autoridades legales.
4. Si un tribunal ordena que divulgue información como parte de una participación legal.
5. Cuando su compañía de seguros está involucrada, por ej. en la presentación de reclamaciones, auditorías de seguros, revisión de casos o apelaciones, etc.
6. En desastres naturales por los cuales los registros protegidos pueden tomar estado público.
7. Según lo requiera la Ley Patriota.
8. Cuando lo requiera la ley.

ACERCA DE LA TERAPIA: El objetivo principal es ayudarlo a identificar y hacer frente de la manera más efectiva a los problemas de la vida diaria y a lidiar con los conflictos internos a fin de lograr relaciones personales e interpersonales más satisfactorias. Este propósito se logra de la siguiente manera:

1. Aumentando la conciencia personal de los obstáculos y las fortalezas.
2. Asumiendo la responsabilidad personal de realizar los cambios necesarios para alcanzar sus objetivos.
3. Identificando metas específicas de psicoterapia.
4. Utilizando todos los recursos comunitarios, médicos y de autoayuda disponibles.

La participación en la terapia tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir el hecho de experimentar sensaciones de incomodidad, como tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia, porque el proceso de terapia a menudo requiere analizar los aspectos desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que la terapia tiene beneficios para las personas que la realizan. La terapia a menudo conduce a una reducción significativa de los sentimientos de angustia, un aumento de la satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y percepción personal, y a mayores habilidades para manejar el estrés y la resolución de problemas específicos. Sin embargo, no hay garantías de lo que sucederá. La terapia requiere un esfuerzo muy activo de su parte. Para tener más éxito, tendrá que trabajar sobre cosas que hablemos fuera de las sesiones.

DIVULGACIÓN DE REGISTROS: Toda la información del cliente se considera estrictamente confidencial y no le será entregada a nadie sin su consentimiento previo por escrito. En el caso de una solicitud de transferencia de registros del cliente, los registros se enviarán solo después de la finalización junto con la firma del formulario de Consentimiento del cliente además de una tarifa de pago basada en el monto máximo permitido actualmente por el Departamento de Salud de Minnesota. Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico y por mensaje de texto no es segura y, por lo tanto, no se puede garantizar la confidencialidad.

PREPARACIÓN DE FORMULARIOS E INFORMES: Si solicita formularios o informes para que sean completados en su nombre, lo ayudaremos en el proceso. Para completar formularios o informes, se requiere que un terapeuta revise el historial de un paciente y que, a menudo, requiera una conversación con el cliente. Hay un cargo mínimo de \$35 hasta un máximo de \$150 por hora. Por favor revise el siguiente listado de tarifas para 2016.

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: _____

Firma del cliente

Fecha

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

AVISO AL CLIENTE PARA PRESENTAR UNA QUEJA

La naturaleza de los servicios prestados por Ellie Family Services, PLLP es voluntaria. Si en algún momento de la relación con su proveedor usted no está satisfecho o se siente incómodo, se le recomienda que primero se comunique con los supervisores de EFS para hablar sobre sus inquietudes. Los supervisores de EFS quieren que usted esté conforme con sus servicios y fomentan una comunicación abierta para ayudar a garantizar que se satisfagan sus necesidades de bienestar.

Además de contactarse con EFS como primer medio para presentar una queja, también puede presentar una queja formal ante las siguientes agencias del gobierno:

MN Dept. of Human Services
Equal Opportunity and Access
P.O Box 64997
St. Paul, MN 55164
651-431-3040 (voz)
866-786-3945 (tty)
651-431-7444 (fax)

MN Dept. of Human Rights
Freeman Building
625 Robert Street North
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (voz)
651-296-1283 (tty)
651-296-9042 (fax)

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