

ACUERDOS Y ACUSES DE RECIBO

Consigne sus iniciales al lado de cada acuerdo y acuse de recibo

ACUERDO FINANCIERO Y CONCESIÓN DE PRESTACIONES

Yo, _____, acepto ser financieramente responsable y pagar los servicios que me brinde Cummins Behavioral Health Systems, Inc., si dichos servicios no estuvieran cubiertos o pagados en su totalidad por el seguro. Entiendo que la ley permite que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. me cobre la cantidad que deba. Entiendo que seré responsable de cualquier costo por cobranza, incluidos, entre otros, los costos judiciales y los honorarios profesionales de abogados, de cualquier saldo vencido y pendiente de pago. Si tengo seguro médico, yo, _____, autorizo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. a que brinde toda la información pertinente, incluidos el diagnóstico, los planes de tratamiento y los comentarios de evolución relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas, para la autorización y el pago de reclamos, a pedido de mi compañía de seguros. Entiendo que, como cliente o padre/tutor, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicando tal decisión por escrito. La negativa a firmar o la revocación de esta autorización antes del cese de la prestación de los servicios puede afectar mi idoneidad para recibir los servicios. Por la presente cedo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. todo el dinero del seguro al que tengo derecho para sufragar los gastos relativos a los servicios que me brinde Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DEL PACIENTE Y DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido, revisado y entendido el *Manual del Paciente* y la Política de privacidad de Cummins Behavioral Health Systems, Inc. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. También declaro que comprendo mis derechos como receptor de los servicios que me ofrece Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES

Yo, _____, entiendo que recibiré comunicaciones de Cummins Behavioral Health Systems, Inc. con respecto a mis consultas médicas, estados de cuenta y tratamiento por teléfono, mensaje de texto, correo postal o correo electrónico.

(Consumer Name) Nombre del paciente: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mis iniciales junto a las declaraciones anteriores indican mi comprensión de ellas y mi acuerdo con ellas. Por la presente autorizo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. a que me preste servicios a mí o al niño/la persona de quien soy tutor. Autorizo la evaluación previa y el tratamiento que se tratarán a fondo conmigo durante la evaluación posterior. Si se trata de un menor o un adulto con tutor(es), se acuerda que dicho menor o adulto puede recibir evaluación y tratamiento sin la presencia del padre o tutor. Entiendo los riesgos y la incomodidad emocional que acarrea el proceso terapéutico y que tengo derecho a hacer preguntas a mi prestador sobre mis servicios de tratamiento en cualquier momento.

Al firmar este formulario de registro, acepto que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. utilice fotografías o medios electrónicos con imágenes con fines de seguridad e identificación. La información se guardará de acuerdo con el Reglamento de la HIPAA y solo el personal autorizado podrá acceder a ella.

Entiendo que, como cliente o padre/tutor, tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Firma del paciente o de su tutor
(Consumer or Legal Guardian Signature)

Vínculo
(Relationship)

Fecha
(Date)

(Consumer Name) Nombre del paciente: _____



CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Cummins Behavioral Health Systems, Inc. presta servicios a niños, adolescentes y adultos mediante el uso de equipos de videoconferencia en toda la organización. Estos servicios incluyen evaluaciones iniciales, terapia individual/familiar continua, evaluaciones psiquiátricas iniciales, revisiones de medicamentos y evaluaciones de crisis.

En resumen, el proceso implica sentarse frente a una computadora/tableta con cámara en el lugar donde tendrá su cita. A través de una línea de transmisión segura, su imagen y su voz se transmitirán a otro centro clínico remoto donde el proveedor del servicio, un terapeuta, médico, enfermera, enfermera de práctica avanzada u otro personal clínico lo verá y escuchará. El proveedor registrará la información que usted le proporcione en su expediente médico electrónico. Asimismo, podrá ver y oír a la persona que realiza la evaluación. Otro miembro del personal puede acompañarle en la sala durante la cita. Puede incluir a familiares o amigos en este proceso, siempre que estén presentes las autorizaciones correspondientes. Estos servicios no se graban.

Los riesgos asociados a esta práctica incluyen:

1. Aunque se hace todo lo posible para asegurar la confidencialidad dentro de los servicios tecnológicos, no puede garantizarse.
2. En algunas circunstancias, la tecnología puede verse interrumpida, lo que obligaría a cancelar la cita.
3. Es posible que sea necesario realizar otra cita presencial con otros miembros del personal para completar la cita.

Es posible que necesite tener contacto directo con su proveedor. Puede solicitar en cualquier momento una consulta directa con su proveedor o médico. Además, puede retirar su consentimiento para este servicio en cualquier momento. Los honorarios asociados con su tratamiento no se verán afectados por este servicio.

Yo, _____, certifico que un empleado de Cummins ha revisado conmigo la Introducción a los servicios virtuales y la Lista de verificación de seguridad. Entiendo los riesgos potenciales y acepto participar en los Servicios de Telesalud proporcionados por Cummins.

Firma del consumidor o del padre/madre/tutor legal

Fecha

_____ El consentimiento de telemedicina se completó por medio de una videoconferencia o por teléfono durante la cuarentena por el coronavirus. El consumidor expresó verbalmente su comprensión y acuerdo con los términos aquí expuestos.