

Formulario de Inscripción

(por favor escriba)

Apedillo del paciente:		Nombre:		☐ Sr.	☐ Miss	Estado Civil:	
				☐ Sra.	☐ Ms.	☐ Solo ☐ Csdo ☐ Sep ☐ Viuda	
Este es sunobre legal: ☐ Yes ☐ No		¿Si no, Cual es su nobre legal?:		Fecha de Nacimi:		Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F
Domicilio:		Social Security no.:			Telefono.:		
					()		
P.O Box:		Cuidad:			Estado:	Codigo Postal:	
Ocupacion:		Empleadores:		Numero de Telefono del empleador:			
				()			
CorreoElectronico:							
Eligio clinica porque/referrido(a) por:(marke caja)				☐ Dr.		☐ Insurance Plan	
						☐ Hospital	
☐ Otrosmembros de la familia asisten ☐ Otrosmembros de la familia asisten							
INFORMACION DE ASEGURANZA MEDICA							
(Por favor darsutarjeta de seguro a la recepcionista.)							
Persona responsable por cargos:		Fecha de Nacim:		Direccion (si es diferente):		Telefono de casa:	
						()	
¿Es esta persona un paciente aquí?: ☐ Yes ☐ No							
Ocupacion:		Empleadores:		Direccion de empleador:		Numero de telepho:	
						()	
¿Es este paciente cubierto por alguna aserguranza?: Si No ☐ ☐							
PorfavorIndique la primeraaseguranza:							
Nombre del Subcriptor:		Seguro social:		Fecha de Nacimen:		No.de grupo:	No. de Poliza:
Relacion del paciente al subcriptor:		☐ un mismo ☐ pareja ☐ nino ☐ otros					
Nombre de segurosecundario (si es aplicable):		Nombre del Subcriptor:		No. de Grupo:		No. de Poliza	
Relacion del paciente al subcriptor:		☐ De un mismo ☐ pareja ☐ otro					

ENCASE DE EMERGENCIA			
Nombre:		Relacion al paciente:	
Numero telefono de casa:		No. telefono de trabajo:	
()		()	
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios se pagan directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Tambien autorizo a Amanecer Community Counseling Center o la azeguranza para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.			
Firma del Paciente o Guardian		Fecha	

Historial Medico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del médico/pediatra: _____

Preferencia de Farmacia: _____

Ultima física: _____ Mas actual altura: _____ Peso: _____

Alergias: ☐ Yes ☐ No En caso afirmativo por especifique _____

Marque una palomita si "si":

Tuberculosis: ☐ (Historia Familiar : ☐)	High Blood Pressure: ☐ (Historia Familiar: ☐)
Hepatitis: ☐ (Historia Familiar : ☐)	
Convulsions/tratarn o neorogico: ☐ (Hist. fam ☐)	Trauma de cabeza- ☐
Asma/enfermedad pulmonar: ☐ Hist. familiar ☐)	Cambio de peso/apetito: ☐
Enfermedad sexualmente trans: ☐	
Prueba VIH: (fecha mas reciente):	Embarazada: ☐ Si ☐ No

Desorden de sueno: ☐	Vision/Glaucoma: ☐ (Historial familiar : ☐)
Enfermedad cardiovascular/Sintomas: ☐ Hist Fam ☐	Sintomas/enfermeda de tiroides: ☐ (Hist. Fam ☐)
Trastorno de sangre: ☐ (Antecedentes fam. ☐)	Enfermedad hepatica: ☐ Historial Familiar ☐)
Enfermedad Rental/Sintomas ☐ Historial Fam ☐)	Hipertension: ☐ Historial Familiar: ☐)
Diabetis: ☐ (Historial Familiar ☐)	Cancer: ☐ Historial Familiar: ☐)
Diarrea: ☐	Hiperlipidemia: ☐ Historial Familiar: ☐)
Alteracion de la marcha/equilibrio: ☐	Trastorno Bipolar: ☐ Historial Familiar: ☐)
Depression: ☐ Ansiedad: ☐	Disfuncion Sexual : ☐
Desmayos/mareos: ☐	Hisotiral de use/Abuso de alcohol: ☐ Hist. Fam ☐)

Historia Medico: (Comentarios sobre los problemas medicos anteriores, otros problemas medicos y cualquier hospitalizciones, incluya las fechas y los motivos)

A mi leal saber y enterder, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precision. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsibilidad informar a la oficina de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente/padre o tutor: _____ Fecha: _____

Amanecer Community Counseling Center

785 Anthony Drive/PO Box 2671
Anthony NM, 88021

5340 McNutt Road
Santa Teresa, NM 88008

320 McCombs Space C
Chaparral, NM 88081

128 Wyatt Dive
Las Cruces, NM 88005

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

PHQ-9	Ningun dia	Varios dias	Mas de la mitad de los dias	Casi todo los dias
1. Poco interes o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaido(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormindo(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energia.	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Anade la puntuacion				

Puntaje Total (agregue los puntajes de su columna): _____

¿Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

GAD-7	Nunca	Varios Dias	Mas de la Mitad de los dias	Casi todos los dias
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3
Anade la puntuacion				

Puntaje Total (agregue los puntajes de su columna): _____

Si marco algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? (circule uno)

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MEDICACIÓN PSICOTRÓPICA

Nombre de Cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ Entiendo que si siento tendencias de suicidio que necesito para llamar al 911 o a 800.273.8255
(iniciales del paciente/padre or tutor)

_____ Entiendo que todos los medicamentos tienen algunas posibilidades de efectos secundarios peligrosos.
(iniciales del paciente/padre or tutor)

Entiendo que no revelar que estoy tomando las medicaciones actuales podría llevar a complicaciones mortales.

Actualmente estoy solo tomando los siguientes medicamentos:(proporcione el nombre del proveedor que receta el medicamento)

_____ ((iniciales del paciente/padre o tutor) Entiendo que no debo tomar estos medicamentos durante el embarazo y si descubro que estoy embarazada, debo informar inmediatamente al doctor(a).

Entiendo que al dar este consentimiento estoy voluntariamente dando permiso para el uso de medicamentos para el tratamiento de mi desorden mental. También entiendo que puede haber riesgos asociados con mi tratamiento, así como los beneficios para la interrupción de los medicamentos recetados sin consultar a mi médico puede resultar en empeoramiento de mi enfermedad.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente o Guardian: _____

Fecha: _____

Divulgación de información confidencial para/de Amanecer

Yo autorizo Amanecer Community Counseling Center para revelar datos para:

_____ Mi médico de atención primaria, Dr. _____ Número de teléfono: _____

_____ Mi terapeuta _____ Número de teléfono: _____

_____ La persona/Agencia que me menciona aquí _____

Agencia: _____

Persona: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Numero de Fax: _____

___ Archivos Pediátricos/Dr. Primario ___ Archivos Psiquiátrico ___ Laboratorios/EKG/Estudio De Sueno

___ Evaluación ___ Plan De Tratamiento ___ Biopsicosocial ___ Plan De Seguridad ___ Plan De Alta

De parte del siguiente individual:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo entiendo que toda esta información será tratada confidencial.

Esta autorización se vence el _____.

(Firma)

(Relación)

(Fecha)

(Firma del Personal de la Agencia)

(Titulo)

(Fecha)

En este momento, yo _____ no quiero revelar información a nadie.

(Firma)

(Fecha)

(Firma del Personal de la Agencia)

(Fecha)

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

Telemedicina/Teléfono Consentimiento

Amanecer Community Counseling Center utiliza una plataforma de telemedicina llamada ZOOM para permitir que el psicólogo(a), el enfermero practicante, el consejero, BMS y CCSS tengan continuidad de atención dado la pandemia actual y los riesgos de COVID-19. ZOOM tiene altos estándares para proporcionar una plataforma de Telemedicina/Telefónica segura y encriptada y no registra ninguna comunicación entre usted y el psicólogo(a), el enfermero practicante, el consejero, BMS y CCSS, ya sea de audio o video. Los mismos límites y leyes que se revisaron cuando firmó un consentimiento para el tratamiento que incluyen declaraciones de no intención de hacer sedano a sí mismo, a otros o al abuso de niños, se aplican en los servicios de Telemedicina/Telefónicos.

Aunque los medios electrónicos para las citas de asesoramiento son cada vez más comunes, existen riesgos potenciales al utilizar una plataforma de asesoramiento en línea:

- Los servicios de internet pueden funcionar mal o puede haber desafíos tecnológicos. Por lo tanto, es posible que sea necesario utilizar un teléfono de respaldo, lo que da lugar a posibles mal entendidos debido a la falta de señales visual.
- Aunque se hace todo lo posible para garantizar la confidencialidad, las limitaciones y riesgos de las teleconferencias incluyen el descubrimiento público, la posibilidad de piratas informáticos, ruido o interrupciones en el hogar y otros riesgos potenciales fuera de nuestro control.
- Incluso con las mejores practicasen el uso de sesiones de telemedicina/telefónicas, es posible que cualquier información transmitida a través de internet/líneas terrestres o teléfono celular no sea 100% segura.
- La confidencialidad debe tratarse como una sesionen la oficina; sin distracciones externas, apague los teléfonos celulares, cierre otros programas en la computadora y haga todo lo posible para no llegar tarde.

Derechos

- Los pacientes pueden retirar y negar este consentimiento en cualquier momento y pueden finalizar el tratamiento en cualquier momento que deseen. Cualquier acción de los pacientes no afectara el tratamiento futuro la accesibilidad a los servicios de asesoramiento.
- Los pacientes tendrán la opción de elegir que método de servicio prefieren incluir; en oficina, telemedicina o servicios telefónicos.

Consentimiento

- Al firmar este formulario, acepto que conozco y entiendo la información anterior. Mis preguntas fueron respondidas completamente durante la discusión con el personal de Amanecer. Por la presente yo doy mi consentimiento para participar en los servicios de asesoramiento telefónico/de telemedicina proporcionados por Amanecer Community Counseling Center.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Como cliente de Amanecer Community Counseling Center, Usted tiene el derecho de:

1. Todos los clientes tienen el derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
2. Todos los clientes tienen el derecho de recibir todos los servicios de una manera cariñosa y sin juzgo.
3. Todos los clientes con problemas relacionados con comunicación tienen el derecho de recibir toda la información en una manera que acopla a sus necesidades.
4. Todos los clientes tienen el derecho de recibir los servicios de una manera que respeta su cultura, incluyendo un traductor para los clientes que no hablan inglés.
5. Todos los clientes tienen el derecho de que sean informados acerca de:
 - El tratamiento propuesto.
 - Los riesgos, beneficios, y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos.
 - Las probables consecuencias para su salud, incluyendo su salud mental, si usted rechaza el tratamiento.
 - Otros tratamientos disponibles que pudieran ser apropiados para usted.
6. Aceptar o negar a cualquier tratamiento después de recibir esta explicación.
7. Todos los clientes tienen el derecho de elegir a una persona que les ayude con sus decisiones médicas.
8. Todos los clientes tienen el derecho de quejarse a cerca de sus servicios médicos o decisiones sobre estos servicios. Tienen el derecho de quejarse de esta institución o un proveedor contraído con Amanecer Community Counseling Center sin preocupares de recibir venganza o limitaciones en sus servicios, o cualquier otro efecto negativo en su cuidado.
9. Todos los clientes tienen el derecho de elegir su proveedor dentro de Amanecer Community Counseling Center.
10. Todos los clientes tienen el derecho de tener Directiva Anticipada Psiquiátrica (DAP) y tener proveedores obedecer los. El (DAP) es un documento legal permitiendo al cliente dirigir su tratamiento medio si ella o el no puedo hacer o comunicar decisiones sobre su tratamiento. Un DAP puede decir quiénes pueden o no pueden hacer decisiones por el paciente.
11. Todos los clientes tienen el derecho de ver sus propios expedientes sobre su salud mental y tratamiento de abuso de sustancias basado en las reglas y leyes de los federales y de Nuevo México, y limitar acceso a estos expedientes basado en estas mismas reglas y leyes.
12. Clientes tienen el derecho de toda la información sobre su caso sea privado a menos que el paciente de autorización.
13. Clientes tienen el derecho de tomar parte en decisiones sobre su caso incluyendo el derecho de rechazar tratamiento, excepto cuando es demandado por ley
14. Usted tiene el derecho de ser informado acerca de las reglas del programa y regulaciones antes de que usted es admitido, incluyendo, sin la limitación, olas reglas y las políticas relacionadas a restricciones y aislamiento. Su representante legalmente autorizado, si aplicable, tiene también el derecho de ser y será notificado de las reglas y políticas relacionadas a restricciones y aislamiento.
15. Usted tiene el derecho de hacer preguntas acerca de sus derechos y procedimientos mientras esta usted en tratamiento.
16. Usted tiene el derecho de obtener una copia de sus derechos, incluyendo la dirección y número de teléfono del Departamento de Salud de Nuevo Mexico antes de que usted sea admitido al programa.
17. Usted tiene el derecho a que le explican sus derechos dentro un periodo de 24 horas después de ser admitido y en términos simples de manera en que usted pueda entenderlos.

- - - <> - - -

Responsabilidad de Cliente

Amanecer Community Counseling Center pide que cada cliente tome en serio las siguientes responsabilidades:

1. Todos los clientes son responsables en proveer, cuando posible, cualquiera información Community Counseling Center y sus proveedores necesitan para proveer servicios con alta calidad.
2. Todos los clientes son responsables en entender sus problemas y participar en desarrollar tratamientos y objetivos con su consejero.
3. Todos los clientes son responsables para los siguientes establecidos tratamientos y planes de recuperación y avisar el proveedor si cambios son necesarios.
4. Todos los clientes son responsables de respetar sus proveedores en asistiendo, cambiando, o cancelando sus citas en lugar de no asistiendo la cita.
5. Todos los clientes son responsables de confirmar sus citas programadas la día antes para evitar cualquier cancelación o reprogramación de citas.

Póliza y Procedimiento / Queja del Cliente

Póliza: Es la póliza de Amanecer Community Counseling Center que cada esfuerzo será hecho para resolverse la queja de un cliente en una manera justo y equitativa, y que todas las quejas del cliente serán investigadas y serán resueltas inmediatamente de acuerdo con el Departamento de Servicios de Salubridad del Estado (DSHS).

Procedimiento: Amanecer Community Counseling Center aseguran:

1. Nuestros empleados estarán conscientes de las necesidades del cliente y atenderán a todas las situaciones que podrían llevar una queja. Los clientes pueden apenar directamente a cualquier empleado. Los clientes pueden apenar acerca de cualquier infracción de sus derechos.
2. Nuestros empleados harán cada esfuerzo de resolver la queja en una manera informal discutiendo la situación o las circunstancias con el cliente.
3. Empleados que son implicados no serán incluidos en la aceptación, la investigación, ni la toma de decisiones con respecto a la queja.
4. Clientes que no pueden resolverse sus quejas por discusión deben poner su queja en forma escrito incluyendo la fecha y la firma.
5. Servicios Psicológicos de Amanecer proporcionará plumas, papel, sobres, el franqueo y acceso a un teléfono para archivar una queja. Amanecer Community Counseling Center les proporcionará ayuda a clientes que no pueden leer o no pueden escribir, o que tienen dificultad con la lectura o escritura.
6. El presidente, o su representante, de Amanecer Community Counseling Center reconocerá la queja dentro de 24 horas e investigará la queja, y entrevistará al cliente como sea necesario.
7. Un reporte escrito de la investigación y disposición inicial será hecho al cliente por parte del presidente, o su representante, dentro de siete (7) días.
8. Un cliente que todavía no es satisfecho puede apelar la decisión a la autoridad directiva y un reporte escrito de la decisión será adelantado al DSHS con una respuesta escrita dada al cliente dentro de 30 días.
9. No habrá venganza, en forma formal o informal, contra un cliente que mete una queja.
10. Amanecer Community Counseling Center retendrá registros llenos de todas las quejas en un archive confidencial durante tres (3) años, pero no en el expediente de un cliente.
11. Clientes pueden someter su queja directamente a:

Amanecer Community Counseling Center, LLC
Attn: Clinical Director(a) Designate

P.O. Box 2671
Anthony, NM 88021

12. Clientes pueden elegir un empleado, miembro de la familia, amigo o otro individual para abogar en favor de ellos en el proceso de su queja.

Polizas y Procedimientos Financieras

Dado de alta del Client

Yo entiendo que Amanecer Community Counseling Center tiene el derecho de dar de alta a cualquier cliente de esta agencia en cualquier momento por varias razones, incluyendo, pero no limitado a falta de obedecer las pólizas de Amanecer Community Counseling Center y procedimientos financieros, falta de obedecer el recomendado plan de tratamiento actividades involucrando drogas, y cualquier abuso de Amanecer Community Counseling Center proveedores y empleados. Si esto ocurre, yo entiendo que mis expedientes médicos serán soltados a un médico o facilidad de asistencia médica de mi elección solo después de la documentación apropiada es recibida por Amanecer Community Counseling Center.

Autorización Asignación de Beneficios

Yo certifico que la información le he dado a Amanecer Community Counseling Center es verdad y correcto a lo mejor de mi conocimiento. Yo prometo de pagar a Amanecer Community Counseling Center todos los cargos y servicios proporcionados a mí por Amanecer Community Counseling Center de acuerdo con sus corrientes honorarios hasta tal punto que no sea pagado por la compañía de seguro u otra fuente de pagos como Medicare o Medicaid. Yo solicito que los pagos de autorizados beneficios bajo cualquier seguro privado o seguro del gobierno que me cubre, incluyendo el programa de Medicare, sean hechos en mi nombre ha Amanecer Community Counseling Center para cualquier servicio proporcionado a mí de Amanecer Community Counseling Center. Yo autorizo cualquiera persona con acceso a mi información medica revelar ha centro para servicios de Medicare y Medicaid y sus empleados información necesaria para determinar mis beneficios de Medicare, si hay para servicios proporcionados por Amanecer Community Counseling Center. Yo entiendo que posesión de seguro médico no me alivia de responsabilidad financiera de Amanecer Community Counseling Center. Yo seré responsable de todos los cargos de servicios que no son cubiertos por mi compañía de seguro.

Uso de Expedientes Médicos

Yo doy mi consentimiento para Amanecer Community Counseling Center, su empleados y asociados negocios para que usen mis expedientes médicos para los propósitos de acumulación de data e investigaciones. Yo entiendo TODA la información que identifican mis expedientes médicos será cifrada para confidencialidad. Yo entiendo que toda la comunicación entre el cliente y proveedor será y es considerado en alto nivel de confidencia.

Consentimiento para Tratamiento Medico

Yo doy mi consentimiento para tratamiento que es necesario y apropiado por proveedores clínicos en Amanecer Community Counseling Center.

Consentimiento para uso y revelación de información médica para tratamiento de pagos y operaciones

Yo doy mi consentimiento para usar y revelar información medica protegida por Amanecer Community Counseling Center, sus empleados y negocios asociados con Amanecer para el propósito de tratamiento, pagamiento y cuidado de la salud. Mi información médica protegida incluye cualquier información que me razonable identificada y es relacionada con (1) la provisión de la asistencia médica a mí, (2) cualquiera de mis condiciones médicas pasadas, presente, o futuras, (3) pagos pasados, presente, o futuros para tratamientos médicos proporcionados a mí. La información protegida también incluye información relacionada a mi salud física y mental. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar que la compañía restrinja su uso y revelación de mi información medica protegida que de otra manera es permitida para tratamiento, pagos, y opciones de asistencia médica. Amanecer Community Counseling Center, sin embargo, no es requerido aceptar estas restricciones. Sin embargo, si Amanecer Community Counseling Center acepta cualquiera restricción, esa restricción es obligatoria para Amanecer. Finalmente, yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto hasta cierto punto que Amanecer Community Counseling Center ha actuado en confianza en él.

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

Representativo designado

Amanecer Community Counseling Center puede solicitar colección de beneficios en mi nombre o el nombre de Amanecer Community Counseling Center como mi representative y/o agencia designada.

SUS DERECHOS COMO CLIENTE

Atestación:

Mi firma atestigua al hecho que, en la fecha indicada, yo recibí una copia de la Declaración de Derechos de Cliente.

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____

Representante Legalmente Autorizado: _____

Nombre del personal de la Agencia: _____

Firma del Personal de la Agencia: _____

Queja del Cliente

Mi firma atestigua al hecho que, en la fecha indicada, yo recibí una copia de la Declaración de Derechos de Cliente.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de Padre o Tutor Legal

Fecha

Firma de representante de
Amanecer Community Counseling Center

Fecha

Amanecer Community Counseling Center

785 Anthony Drive/PO Box 2671
Anthony NM, 88021

5340 McNutt Road
Santa Teresa, NM 88008

320 McCombs Space C
Chaparral, NM 88081

128 Wyatt Dive
Las Cruces, NM 88005

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

POLITICA FINANCIERA

Yo he leído y entiendo las pólizas financieras, procedimientos, y autorizaciones de Amanecer Community Counseling Center que incluyen métodos de pagos, cuentas sin seguro, responsabilidad financiero resultado de seguro, provisiones de póliza de seguro, colección de actividades, honorarios por servicios, dificultades económicas, costo final de los servicios, dar el alto del paciente, y autorizaciones que incluyen asignación de beneficios, registro de provisión de uso, consentimiento para tratamiento médico, consentimiento para el uso y revelación de información médica para tratamiento, para efectuar un pago, operaciones, y representantes designados.

Yo entiendo que estas pólizas, procedimientos, y autorizaciones designadas en esta forma de Pólizas y Procedimientos Financieros pueden ser modificados de vez en cuando a la voluntad de la práctica y ser aplicados a mí. Yo autorizo el uso de una copia de esta autorización.

Por favor escriba (con letras separadas) el nombre del cliente:

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad (menor de 18 años) o incapacitado:

Por favor escriba (con letras separadas) el nombre del tutor legal:

Firma del tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con cliente: _____

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

Responsabilidad Financiera y Divulgación de Seguro

Aviso de No Participación con Conduent Medicaid

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

Divulgación Importante de Seguro

Nuestra clínica **no está contratada con Conduent Medicaid** y **no acepta Conduent Medicaid como forma de pago** por los servicios prestados.

Los beneficios de Conduent Medicaid establecen:

“Los beneficios de Medicaid están limitados a pagar el coseguro, deducible y copagos de Medicare únicamente, a menos que el cliente tenga otra cobertura de Medicaid adicional.”

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera

Si usted tiene **Conduent Medicaid**:

- **No facturaremos a Conduent Medicaid** por los servicios prestados.
- Si usted cuenta con **seguro primario** (incluyendo Medicare o seguro comercial), su seguro primario será facturado.
- Usted es responsable de **cualquier copago, deducible, coseguro o saldo restante** después de que su seguro primario procese la reclamación.
- Si su cobertura de Conduent Medicaid **no incluye beneficios completos de Medicaid adicionales**, usted entiende que **puede ser responsable del saldo total** no cubierto por su seguro primario.

Elegibilidad Retroactiva y Cambios en la Cobertura

Usted acepta que:

- Si posteriormente se determina que tiene **elegibilidad para Conduent Medicaid (incluyendo elegibilidad retroactiva)** y nuestra clínica **no tiene contrato con ese plan**, usted seguirá siendo **financieramente responsable por los servicios prestados**.
- Es su **responsabilidad informar a nuestra oficina** sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro **antes de que se proporcionen los servicios**.
- El no informar sobre **cobertura activa de Medicaid al momento del servicio** no elimina su responsabilidad financiera si **no tenemos contrato con ese plan**.

Phone: (575) 882-5100[Fax] (575)882-1151

Derechos del Paciente

Usted entiende que **tiene el derecho de buscar atención con un proveedor que acepte Conduent Medicaid.**

Al firmar a continuación, usted confirma que:

1. Se le ha informado que **esta clínica no acepta Conduent Medicaid.**
2. Usted entiende **las limitaciones de los beneficios de Conduent Medicaid** descritas anteriormente.
3. Usted acepta **ser responsable financieramente de cualquier saldo** que no sea pagado por su seguro primario.
4. Usted ha tenido **la oportunidad de hacer preguntas y recibir aclaraciones.**

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente: _____

Representante Legalmente Autorizado: _____

Nombre del personal de la Agencia: _____

Firma del Personal de la Agencia: _____