



Oliver Behavioral Consultants, LLC

Derechos y consentimientos del cliente/paciente

Nombre del paciente: _____

Reconozco como el Paciente o el Padre/Tutor/GAL del Paciente, lo siguiente:

_____ (INICIALES)	1) Se ha puesto a mi disposición una copia de HIPAA. Puedo discutir esto con mi proveedor si así lo deseo.
_____ (INICIALES)	2) Se ha puesto a mi disposición una copia de mis derechos bajo la ley de CO, como persona que puede tener una discapacidad o vulnerabilidad identificada. Puedo discutir esto con mi proveedor en cualquier momento, o comunicarme con el Estado de Colorado para obtener más información.
_____ (INICIALES)	3) Doy mi consentimiento para que yo, o mi hijo/hija reciban servicios de evaluación y/o tratamiento de OBC. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin represalias.
_____ (INICIALES)	4) Entiendo que todos los proveedores de OBC están obligados a reportar alguna sospecha o identificación de abuso de un niño o adulto vulnerable. Si se identifica o sospecha de abuso, esta información se compartirá con las autoridades legales.
_____ (INICIALES)	5) Entiendo que todos los proveedores de salud mental en OBC están obligados a reportar la presencia de algún riesgo inminente de suicidio y riesgo inminente o creíble de comportamientos homicidas a las autoridades pertinentes y a la víctima prevista si se conoce.
_____ (INICIALES)	6) Entiendo y doy mi consentimiento para el pago de todos los servicios no cubiertos, solicitados por mí si no están cubiertos por mi Medicaid, Seguro Comercial o de otra manera. A) Además, entiendo que todos los copagos de seguro, costos compartidos y deducibles, si los hubiera, son mi responsabilidad de pagar al momento de recibir los servicios. B) Los planes comerciales a menudo especifican que la autorización de servicios no constituye una garantía de pago por esos servicios. C) Se harán esfuerzos para alinear su(s) proveedor(es) o los proveedores de su hijo, con los requisitos de acreditación; sin embargo, si su compañía de seguros indica que somos un proveedor dentro de la red y luego cambia su posición, estamos obligados por ley a cobrarle como proveedor fuera de la red. Y notificarle tan pronto como sepamos esto. D) Del mismo modo, OBC intentará verificar su cobertura de seguro y costos personales antes de la prestación del servicio. Sin embargo, independientemente de lo que se le transmita en ese momento, su compañía de seguros de salud lo obliga a pagar su parte identificada por ley. E) Si tiene un cambio en la cobertura de salud por cualquier motivo, debe informarlo a OBC tan pronto como se sepa. Cualquier servicio proporcionado durante o después de dicho cambio sigue siendo su responsabilidad de pagar, si no son pagados en su totalidad por su nueva compañía de seguros.
_____ (INICIALES)	7) Doy mi consentimiento para enviar a OBC una tarjeta de crédito para tener en el archivo para facturar todos y cada uno de los cargos adeudados en su totalidad tan pronto como sean identificados por OBC. Formulario que se proporcionará más adelante. Toda la información se almacenará en un espacio seguro y protegido, solo accesible por los agentes de facturación.

Al poner las iniciales en los elementos anteriores y firmar a continuación, entiendo y acepto el contenido de este documento.

Nombre impreso del paciente si es mayor

Firma

Fecha

de edad o de su Representante Legal.