

## Formulario de consentimiento para la admisión

### Derechos de consentimiento y privacidad

- Copago:** Yo tengo la responsabilidad de pagar mi copago en el momento de cada sesión. Si mi seguro privado me paga directamente, entiendo que se me facturará el costo total del servicio.
- Cancelaciones y ausencias:** Comprendo que se me puede cobrar una tarifa de USD 25 por no presentarme a una cita o si no cancelo mi cita dentro de las 24 horas.
- Seguro:** Comprendo que pueden producirse cambios en los ingresos mensuales y en la cobertura del seguro, y que, como resultado, mi copago podría cambiar. Notificaré cualquier cambio de inmediato a Davis Behavioral Health (DBH).
- Información de facturación:** Acepto que mi familiar, tutor o la persona que actúe en mi nombre podrá hablar con DBH sobre mi información de facturación y otros asuntos de facturación relacionados con mi tratamiento en DBH.
- Cobranzas:** Si, por algún motivo, su cuenta no se ha pagado en su totalidad en el momento del alta, se agregará una comisión por cobranza del 18 %, y la cuenta pasará a la sección de Cobranzas.
- Privacidad y derechos de los clientes:** Me han informado que el Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos de los clientes de DBH pueden encontrarse en el sitio web de DBH.
- Directivas anticipadas:** Se me ha proporcionado información sobre las directivas anticipadas, y sé que puedo hacer cualquier pregunta que pueda tener a un terapeuta.
- Sí  No Actualmente, tengo directivas anticipadas, y se ha proporcionado una copia a DBH.
- Sí  No Transporte con Medicaid: Estoy al tanto de cómo acceder a métodos de transporte alternativos (para los clientes inscritos en el Plan de Salud Mental Prepago).
- Sí  No Quejas y apelaciones: Estoy al tanto de cómo acceder al proceso de quejas y apelaciones de Davis Behavioral Health.
- Sí  No Doy permiso a Davis Behavioral Health para que tratarme por mis problemas de salud del comportamiento.
- Sí  No La evaluación de la cárcel, si corresponde, puede encontrarse en el registro de la cárcel.
- Sí  No Acepto permitir que DBH comparta mi historia clínica con mis otros proveedores médicos a través del intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE).
- He considerado detenidamente los beneficios y riesgos de participar en el servicio de telesalud, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al personal de DBH. **Doy mi consentimiento para participar en los servicios de telesalud de DBH mediante uno o más de los siguientes métodos: 1) firmando este formulario electrónicamente, 2) firmando y enviando una copia impresa por correo postal, O BIEN 3) (si uno de los dos métodos anteriores no es posible, por ejemplo, por el brote de la COVID-19), comunicándome con mi proveedor de atención médica por un medio electrónico, momento en el que el proveedor observará mi consentimiento verbal.**

#### Precio en efectivo en el momento del servicio

Evaluación de salud mental	USD 93,00
Evaluación médica	USD 175,00
Terapia individual	USD 76,00
Terapia grupal	USD 30,00
Gestión de med.	USD 76,00
Inyección	USD 40,72

#### Tarifa completa

USD 177,32 por hora
USD 177,32 por hora
USD 163,14 por hora
USD 48,52 por hora
USD 102,45 por visita
USD 40,72 por visita

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_