

Información de cliente



Nombre del cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre / guardián: _____

Correo Electrónico: _____

Lista de síntomas

En los últimos 30 días, yo (o mi hijo/a) he tenido los próximos síntomas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actos demasiado joven para su edad | <input type="checkbox"/> Agresivo/a hacia otros |
| <input type="checkbox"/> Falla de terminar cosas | <input type="checkbox"/> Suspendido o expulsado |
| <input type="checkbox"/> Inquieto/ hiperactivo | <input type="checkbox"/> Reservado, Niega a hablar |
| <input type="checkbox"/> Lloro mucho | <input type="checkbox"/> Arrestado/ comportamiento criminal |
| <input type="checkbox"/> Intimidación a otros | <input type="checkbox"/> Pensamientos o acciones suicidios |
| <input type="checkbox"/> Destruye cosas | <input type="checkbox"/> Dana a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad haciendo/manteniendo amigos | <input type="checkbox"/> Discute mucho |
| <input type="checkbox"/> Usa drogas o Alcohol | <input type="checkbox"/> Dificultades concentrándose |
| <input type="checkbox"/> Hábitos nerviosos | <input type="checkbox"/> Se apega a adultos u otros dependientes |
| <input type="checkbox"/> Problemas con apetito | <input type="checkbox"/> Crueldad a los animales |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico o ansiedad | <input type="checkbox"/> Sueno despierto/se le va el pensamiento |
| <input type="checkbox"/> Dificultad con el trabajo de la escuela | <input type="checkbox"/> Desobediente |
| <input type="checkbox"/> Ausente de la escuela | <input type="checkbox"/> Actos impulsivos actual sin pensar |
| <input type="checkbox"/> Tímido/a | <input type="checkbox"/> Miente o estafa |
| <input type="checkbox"/> Roba de la casa u otros | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Berrinches | <input type="checkbox"/> Preocupación con la comida |
| <input type="checkbox"/> Retirado o asolado | <input type="checkbox"/> Se ataca la comida |
| <input type="checkbox"/> Moja la cama/orina en la cama | <input type="checkbox"/> Evitar la comida |
| <input type="checkbox"/> Demanda mucha atención | <input type="checkbox"/> Se siente triste |
| <input type="checkbox"/> Preocupado/a mucho | <input type="checkbox"/> Usa palabras malas |

ACUERDO PARA RECIBIR SERVICIOS



Nombre de cliente: _____

Bienvenidos a Family Counseling Service de Aurora. Es un privilegio el ofrecerle servicios de consejería por medio de nuestra agencia. Este documento servirá como un acuerdo entre usted y Family Counseling Service durante su participación en servicios.

Riesgos y Beneficios de servicios de la salud del comportamiento:

Antes de empezar a recibir servicios, es importante saber que la consejería trae consigo beneficios y riesgos. La terapia suele llevar a una reducción significativa de sentimientos de sufrimiento, mejoría en relaciones y resolución de problemas. Los riesgos a veces incluyen tener sentimientos incómodos tales como tristeza o ansiedad durante el curso de consejería. Si le recetan medicamentos como parte de su tratamiento, existen posibles efectos secundarios en la mayoría de los medicamentos. El profesional que prescribe los medicamentos puede discutir estos efectos secundarios con usted antes de que comience a tomar nuevos medicamentos.

Calificaciones del personal:

Family Counseling Service mantiene altos criterios en cuanto a la excelencia clínica. Nuestros terapeutas tienen títulos avanzados y licenciaturas en su área de especialidad, o están trabajando hacia lograr una licenciatura completa bajo supervisión directa de un profesional con licenciatura. Si su terapeuta a un no tiene licenciatura clínica, él/ella será supervisado semanalmente por un profesional con licenciatura. También, trabajamos con psiquiatras y enfermas psiquiátricas de práctica avanzada (APN's) para administrar medicamentos psicotrópicos.

Tarifas y Cancelaciones:

Además de cobrarle a seguros privados (p. ej. Blue Cross Blue Shield), Family Counseling está fundado por United Way y otros grupos de fondos públicos incluyendo El Departamento de Servicios Humanos de Illinois, División de Mental Health (DMH), y Healthcare and Family Services (HFS). Ofrecemos una escala de tarifas para asistir a las circunstancias económicas de nuestros clientes. Si usted está pagando con una escala de tarifas, la diferencia de los costos será cubierto por uno de los grupos de fondos antes mencionadas.

- Si no le es posible de asistir a la sesión programada, por favor notifíquenos con por lo menos 24 horas de anticipación. Si falta a su cita, se le cobrará un recargo de \$20. Esto es simplemente porque tenemos bastantes clientes que están esperando citas disponibles y quisiéramos poder ofrecerles su cita si necesita cancelar por cualquier razón.
- Si usted falta de asistir a 3 citas o más y tiene un balance de \$60 o más, los servicios pueden ser suspendidos hasta que el balance se haya pagado por completo o un plan de pagos se haya hecho. Preguntas sobre balances o plan de pago pueden ser dirigidas al departamento de facturación al 630-844-6246.
- La mayoría de servicios contratados (por ejemplo, si una compañía de seguros o agencia estatal está pagando por sus servicios aquí) no nos reembolsa citas pérdidas o canceladas, si sus servicios están siendo pagados a través de un contrato de fuera y que tienen una cancelación tardada, o si deja de asistir a una cita, usted puede ser responsable por el pago de la sesión perdida.

Confidencialidad de sus registros:

Como cliente, usted nos proveerá con información importante y delicada sobre usted. Esta información se conoce como Información de Salud Protegida. Family Counseling Service no revelará su información de salud protegida al menos que nos otorgue su autorización por escrito para hacerlo, excepto bajo las siguientes circunstancias especiales. Las Leyes estatales y federales requieren que Family Counseling Service revele su información privada sin su consentimiento bajo ciertas circunstancias, incluyendo las siguientes:

- Abuso Infantil - Si su consejero tiene una razón suficiente para creer que un niño conocido por él/ella en su capacidad profesional pueda ser un niño abusado o descuidado, su consejero debe reportar esta creencia de acuerdo al Decreto de Informe de Abuso y Negligencia Infantil.
- Abuso Doméstico y de Adultos - Si su consejero tiene razón suficiente para creer que un individuo (quien está protegido por la ley estatal) ha sido abusado, descuidado o explotado financieramente, él/ella debe reportar esta creencia de acuerdo al Decreto de Abuso y Negligencia a Ancianos del Estado de Illinois.
- Amenaza Seria Contra la Salud o Seguridad - Si su consejero cree que usted presenta riesgo eminente, sea de daño físico o mental o muerte hacia usted mismo o de alguien más, él/ella puede revelar información que considere necesaria para protegerlo a usted o a otro persona de ser lastimados de acuerdo con el Decreto de confidencialidad de discapacidades de salud mental y de desarrollo del estado de Illinois.

La ley federal también nos permite usar su información de salud protegida con los propósitos siguientes:

- Para Obtener Pago: Nosotros podemos usar y revelar su información de Salud Protegida para ser reembolsados por los servicios médicos y útiles que le proveemos. Por ejemplo, pueda que su plan de salud o su compañía de seguro nos pida ver partes de su expediente médico antes de que ellos puedan pagarnos por su tratamiento.
- Para operaciones de cuidado de salud: Podemos usar y revelar su información de Salud Protegida para el manejo del cuidado de salud, el cual incluye educación interna, administración, planeación y varias otras actividades que mejoran la calidad del cuidado que proveemos a nuestros clientes. Podemos revelar información de Salud Protegida a compañías externas para apoyar las funciones administrativas tales como análisis de datos, contabilidad o servicios legales, pero solo lo haremos cuando firmen un acuerdo declarando que ellos seguirán nuestra política de privacidad. Esta información es normalmente agregada, para que no se pueda identificar a un individuo en específico.
- Para la mejoría de la calidad: Al completar el tratamiento, quisiéramos enviar una encuesta sobre la satisfacción y un formulario de comentarios por correo electrónico para asegurar que estamos otorgando la más alta calidad de atención y el objetivo de mejorar en cualquier área cuando sea aplicable. Se le pedirá que comparta una dirección de correo electrónico para recibir esta encuesta por correo electrónico, pero puede rechazar en cualquier momento. Su información de contacto, incluyendo su correo electrónico, es información de salud protegida y no será distribuida sin autorización escrita.
- Para propósito de entrenamiento: un número limitado de cuartos en FCS tienen cámaras de video que funcionan constantemente para la seguridad y protección de los visitantes en nuestro edificio y el

personal. Estas cámaras son utilizadas por los supervisores de la agencia sólo para observar el trabajo que está realizando el personal y para ayudarles a mejorar la calidad de la atención que se le otorga.

Derechos y responsabilidades del cliente

Como cliente del servicio de consejería familiar, usted tiene privilegio a los derechos delineados en la ley de confidencialidad de la salud mental y de las discapacidades del desarrollo y en el capítulo 2 del código de salud mental discapacitados para el desarrollo. Los derechos de los clientes y las responsabilidades de FCS incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Usted tiene derecho a ser proveído con cuidado y servicios adecuados y humanitarios en el ambiente menos restrictivo.
- Usted tiene derecho a un ambiente seguro y terapéutico. El personal de la agencia otorgara los apoyos y recursos necesarios para mantenerle a usted, a otros clientes y al personal seguro y minimizar el uso de intervenciones restrictivas en el manejo del comportamiento. El personal usará estrategias verbales y no verbales de des escalamiento para mantener un ambiente seguro. Si el personal determina que existe un riesgo inminente de daño, podrá considerar el uso de la restricción manual necesaria hasta que llegue la policía para garantizar la seguridad de los demás. Para los menores de edad, se notificará al padre/guardián si un menor está involucrado en acoso, violencia o cuando se utiliza una intervención restrictiva.
- Usted tiene derecho a que le expliquen sus derechos utilizando un idioma o método de comunicación que usted entienda al iniciar los servicios.
- Usted puede tener un tutor con quien debemos cooperar o usted puede ser restringido legalmente a través de la corte o por la libertad condicional.
- Usted tiene derecho a un acceso no discriminatorio a los servicios tal como se especifica en la ley de los americanos con discapacidades de 1990 (42 USC 12101). Usted tiene el derecho de tener discapacidades acomodadas de acuerdo a la sección 504 de la ley de rehabilitación y la ley de derechos humanos.
- Usted tiene el derecho de estar libre de abuso y negligencia.
- No tiene que compartir información sobre el estado del VIH/SIDA o las pruebas. Si se comparte información, no aparecerá en su expediente clínico, será discutido con el personal, o será puesto en libertad a cualquier otra agencia.
- Usted tiene el derecho a un plan de tratamiento individualizado que se basa en sus fortalezas, habilidades, necesidades, preferencias y resultados deseados. Usted tiene derecho a una copia de su plan.
- Usted tiene el derecho a servicios libres de abuso, negligencia, reclusión, represalias, humillación, castigo corporal, o explotación, incluyendo la explotación financiera.
- Usted tiene derecho a la privacidad y ninguna información será divulgada acerca de usted a terceros sin su consentimiento por escrito informado, excepto por lo siguiente: FCS tiene que seguir las leyes estatales sobre las solicitudes especiales de información.

- Tenemos la responsabilidad de advertir a otros si usted amenaza con herirlos. Debemos reportar cualquier abuso o negligencia de un niño o de un anciano sospechoso. Podemos comunicar información a otros si usted está en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros.
- Su confidencialidad se rige por la ley de confidencialidad y la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPPA). Si sus derechos de confidencialidad están restringidos por cualquier razón, la justificación de la restricción será documentada en su expediente clínico. Para los menores de edad, el cliente y el tutor serán notificados de la restricción.
- Usted tiene el derecho de ponerse en contacto con la Comisión de tutela y defensa o equipar la igualdad si usted cree que sus derechos han sido violados. Nuestro personal le ayudará a ponerse en contacto con estos grupos si así lo desea.
- Usted tiene el derecho de estar libre de la explotación.
- Usted tiene el derecho a no ser negado servicios de salud mental debido a la edad, sexo, raza, creencia religiosa, origen étnico, estado civil, orientación sexual, incapacidad física o mental, o antecedentes penales que no estén relacionados con cualquier posible presente peligroso comportamiento, estatus de VIH/SIDA o capacidad de pago.
- Usted tiene el derecho de no tener servicios denegados, suspendidos, reducidos o terminados por ejercer sus derechos.
- Usted tiene el derecho de dar el consentimiento informado a los servicios y el tratamiento. Excepto en emergencias no se le proporcionará ningún servicio sin el consentimiento informado de su tutor.
- Usted tiene el derecho a rehusar cualquier servicio que se le ofrezca, y a ser informado de las consecuencias, si las hubiere, de dicha denegación.
- Usted tiene el derecho de comprar y usar los servicios de otros profesionales, o médicos privados, y otros servicios de salud conductual y proveedores, y para que FCS transmita sus registros a otro proveedor a su solicitud legal.
- Usted tiene el derecho de participar en cualquier reunión de equipo donde su caso está siendo discutido.
- El estado de IL requiere reportes de tuberculosis. Las personas que tengan o sean sospechosas de tener tuberculosis serán reportadas a la salud pública según lo requiera el estatuto.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus registros clínicos que son generados por FCS. Usted tiene el derecho de solicitar correcciones de errores o información incompleta.
- Cualquier incidente de abuso o negligencia será reportado al Departamento de salud pública, al Dpto. de servicios humanos, o a la policía del estado de Illinois para investigación.
- Usted y/o su tutor tienen el derecho de presentar quejas incluyendo al Director Ejecutivo de FCS. La decisión del Director Ejecutivo sobre la queja constituirá una decisión administrativa definitiva. Usted será informado por nuestro personal de cómo se manejará su queja. ECS mantendrá un registro por escrito de su queja.

- Usted y/o su tutor tienen el derecho de recibir una copia del procedimiento de quejas de la Agencia y no serán negados el servicio, suspendido de servicios, o terminado de servicios debido a la presentación de una queja. Usted tiene el derecho de presentar una queja hasta e incluyendo la Junta Directiva de FCS. Usted recibirá una respuesta a su queja dentro de 5 días hábiles. La respuesta de la Junta Directiva a la queja constituirá una decisión administrativa final. Un registro de quejas y respuestas se mantendrá en su archivo de cliente.

- Si aplica, usted tiene el derecho de ponerse en contacto con el pagador público o su designado y ser informado del proceso del pagador público para revisar las quejas.

Si sus derechos son restringidos, el personal debe notificar:

1. A usted y la persona de su elección, si uno es identificado
2. Su padre o tutor si usted es menor de 18 años, y su tutor, si uno ha sido nombrado
3. Director Ejecutivo de FCS
4. La Comisión de tutela y abogacía si usted dice que quiere que la Comisión sea contactada y todas las personas y agencias que usted decida saber sobre la restricción.

El personal debe documentar la justificación de restricción de derechos en su registro de cliente. Usted tiene el derecho de ponerse en contacto con cualquiera de los siguientes si tiene preguntas sobre sus derechos:

- Guardianship and Advocacy Commission 9511 Harrison Ave, Room F A 101 Des Plaines, IL 60116 847-294-4264
- Equip for Equality 20 N. Michigan Ave Chicago, IL 60602
312- 341-0022 (Voice and TDD) 800-537-2632
- Office of the Inspector General 32 W. Randolph St, Chicago, IL 60602
Hotline: 800-368-1463 TTY: 800-524-8794 Fax: 708-338-7410
- IL Department of Human Services 401 S. Clinton 7th Floor Chicago, IL 60607
312-814-4951
- IL Department of Public Health 525 W. Jefferson St, Springfield, IL 62761
800-252-4343
- IL Department of Healthcare and Family Services 100 S. Grand Ave. E, Springfield, IL 62762
800-843-6154 TTY: 800-447-6404
- IL Mental Health Collaborative P.O Box 06559, Chicago, IL 60606
866-359-7953 TTY: 866-880-4459

Responsabilidades del cliente

El servicio de consejería familiar cree que los clientes tienen la responsabilidad de su propia salud y bienestar tanto como sea posible. Una asociación mutuamente aceptable entre los clientes y los proveedores de servicios puede garantizarse si los clientes son conscientes de sus siguientes responsabilidades:

- Mostrar consideración y respeto y comportarse de una manera que no cause interrupciones indebidas al personal y a otros clientes en FCS.
- Dar supervisión adecuada a los menores bajo su cuidado mientras estén en las instalaciones de FCS. Esto incluye no dejar a ningún menor menos de 12 años solos en cualquier momento en la(s) sala(s) de

espera. También tenga en cuenta que un padre, tutor o adulto responsable debe estar en el edificio durante todo el tiempo que un menor está presente para servicios de cualquier tipo.

- Mantener la confidencialidad con respecto a la información sobre otros clientes en grupos o programas realizados por FCS.
- Proporcionar información completa y precisa a FCS para recibir la mejor atención. Se recomienda a los clientes que hagan preguntas, discutan el tratamiento y, en caso de duda, soliciten una segunda opinión.
- Mantener citas o cancelar por lo menos 24 horas de antelación si no puede asistir.
- Pagar los saldos de la cuenta de manera oportuna o hacer arreglos de pago.
- Seguir los planes de acción o programas de tratamiento que hayan sido elegidos en consulta con el prestador de servicios.
- Dar información precisa sobre sus problemas de salud mental, consumo de sustancias y violencia doméstica, así como otras circunstancias que podrían impactar en el cuidado de sus hijos;
- Informar inmediatamente al personal si tiene inquietud o problema con servicios que está recibiendo.

Al firmar, estoy de acuerdo en recibir tratamiento y/o servicios de intervención en el servicio de consejería familiar de Aurora.

También entiendo y acepto los siguientes términos:

- He sido informado de los riesgos y beneficios potenciales de los servicios y deseo perseguir los servicios en este momento.
- He leído el contrato de servicio y cumpliré con la política de pago y cancelación.
- Entiendo las políticas de confidencialidad del servicio de consejería familiar.
- Entiendo que mis sesiones de consejería no serán registradas ni observadas por un supervisor sin mi acuerdo firmado, y que tengo el derecho de solicitar una habitación diferente si no quiero realizar sesiones que tienen un built-in vino RA.
- He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del cliente.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Consiento participar en los siguientes servicios si lo recomienda el personal de FCS:

- Evaluación de salud mental
- Desarrollo de plan de tratamiento
- Consejería/Terapia individual
- Consejería/Terapia de grupo
- Consejería/Terapia familiar
- Evaluación de abuso de sustancias
- Tratamiento de abuso de sustancias
- Servicios de gestión de casos
- Evaluación psiquiátrica/administración de medicamentos
- Servicios de enfermería psiquiátrica
- Servicios de apoyo comunitarios

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del guardián si el cliente es menos de 12 años: _____

Fecha: _____

Empleados de FCS confirma que:

- He explicado este contrato de servicio, incluyendo los derechos y responsabilidades del cliente, al cliente y/o guardián y creo que fueron comprendidos.
- He respondido a cualquier pregunta que haya sido planteada por el cliente y/o tutor.
- He proporcionado al cliente una copia firmada de todo este documento y he colocado una copia en el archivo de clientes.
- He explicado al proceso de recopilación de comentarios de los clientes y se recoge una dirección de correo electrónico con el consentimiento del cliente.

Firma del empleado de FCS: _____

Fecha: _____

Documentación de la elección del consumidor para recibir servicios financiados por el DHS

Si usted es codiciado por un programa de seguro de Medicaid, el Departamento de servicios humanos (DHS) puede pagar por algunos o todos los costos de los servicios de salud mental de su comunidad. Si el DHS tiene que pagar por estos servicios, el servicio de consejería familiar (FCS) debe reportar ciertos datos personales al Departamento. Si no desea que FCS reporte esta información, puede declinar ser un beneficiario de la financiación del DHS. Si usted no declina, FCS reportará toda la información siguiente al Departamento de servicios humanos

- Su nombre completo (nombre, apellido e inicial de segundo nombre)
- Su número de seguro social
- Su fecha de nacimiento
- Su género (hombre, mujer)
- Su condado de residencia
- Los ingresos y el tamaño de su hogar
- Todos los servicios de salud mental para los cuales el proveedor espera el pago

Para ACEPTAR ser considerado como un consumidor de DHS, responde si a las dos frases:

_____ Yo elijo tener FCS comprarle al DHS para mis servicios

_____ Comprendo que FCS reportará la información dada arriba al Departamento de servicios humanos de Illinois.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Para RECHASAR ser considerado como un consumidor de DHS, responda si a las dos frases:

_____ Yo elijo no tener FCS que comprarle al DHS para mis servicios

_____ Comprendo que FCS no reportará la información arriba al Departamento de servicios humanos de Illinois.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Explicación por el proveedor por qué no se documentó la elección del consumidor:

Acuerdo de comunicación electrónica



Nombre del cliente: _____

Es la póliza de FCS comunicar información confidencial y Protegida de Salud (PHI) mediante métodos seguros; típicamente en persona, por teléfono, o vía correo de los E.U. Al firmar este consentimiento, usted reconoce que recibir comunicación electrónica (por ejemplo, correo electrónico o texto) puede poner en riesgo su información de salud protegida. Al firmar este acuerdo usted da el consentimiento para la comunicación electrónica acerca de las próximas citas, respuestas a sus preguntas electrónicamente planteadas que pueden incluir contenido clínico, y/o información financiera a través de texto y/o correo electrónico. También reconoce que no todas las plataformas de correo electrónico y/o texto están encriptadas o seguras, y conceden permiso para que el personal de FCS se comunique con usted utilizando estos métodos.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

FCS ofrece servicios de tele salud (video) para terapia/consejería y para citas psiquiátricas. Si usted decide usar los servicios de tele salud, su consejero, proveedor de medicamentos, etc. en FCS estará en su oficina en FCS usando una cámara y un micrófono con su computadora. Usted tendrá la opción de usar cualquier computadora, Tablet o teléfono que tenga una cámara y acceso a Internet. Al hacerlo, usted podrá participar en servicios regulares de salud conductual de otro lugar, como su casa. FCS utiliza una plataforma de tele salud compatible con HIPAA que cumple con las normas recomendadas para proteger la privacidad y la seguridad de las citas en vídeo.

Puede haber algunos riesgos y beneficios para utilizar los servicios de tele salud:

- Los beneficios de una cita de tele salud pueden ser: reducir el tiempo de espera para ver a un terapeuta; mantener citas que de otra manera serían canceladas debido a dificultades de viaje o enfermedad; disminuyendo la cantidad de tiempo requerido para participar plenamente en el cuidado de la salud conductual. Usted no puede lograr todos estos beneficios y no están garantizados.
- Los riesgos de una cita de tele salud pueden ser: las citas de tele salud pueden no ser exactamente iguales, o pueden no ser tan completas como un servicio cara a cara; o podría haber algunos problemas técnicos que afectan a la visita de vídeo.

Siempre se le dará una opción sobre si recibir servicios de tele salud o en persona. Si usted acepta a veces utilizar servicios de tele salud, puede dejar de participar en los servicios de tele salud en cualquier momento. La diseminación de cualquier imagen o información personal identificable de las citas de tele salud no ocurrirá sin su consentimiento por escrito.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Correo Electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____

Nombre de la empresa del teléfono: _____

Acuerdo de Seguro Medico



Nombre del cliente: _____

La mayoría de los pagadores secundarios (por ejemplo, compañías de seguros médicos), requieren FCS para liberar cierta información sobre el diagnóstico, tipo/lugar de servicio prestado, fechas de servicio, y posiblemente otra información. Algunos pagadores requieren un plan de tratamiento y/o revisión periódica de los servicios que se prestan.

¿Espera que una compañía de seguros pague por sus servicios? _____ Como si, por favor provea la siguiente información:

Compañía de seguros médicos primarios: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de seguro médico (atrás de la tarjeta): _____

Número(s) de póliza/grupo: _____

Nombre del empleador de la persona asegurada: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

SSN del asegurado: _____

Si su compañía de seguros rechaza el pago, FCS volverá a presentar las reclamaciones de pago. Si la compañía de seguros sigue negándose a pagar por cualquier razón, **usted será responsable del pago de servicios profesionales**. Si tiene problemas para pagar el saldo adeudado, nuestro Departamento de facturación trabajará con usted para hacer arreglos de pago.

- Autorizo el pago de mis beneficios médicos al servicio de Consejería Familiar de Aurora.
- Acepto pagar el co-pago estimado por sesión.
- Reconozco la plena responsabilidad por el pago de todas las cuotas profesionales, incluyendo las que no están cubiertas por el seguro médico.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada al pago de mis servicios a las agencias autorizadas.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del padre/guardián (si corresponde): _____

Fecha: _____

