

Consentimiento para la Evaluación Neuropsicológica

Entiendo que estoy siendo visto para una evaluación neuropsicológica. La evaluación incluirá una entrevista, revisión de los registros y las pruebas con diferentes medidas de atención, motivación, habilidades motoras y sensoriales, el lenguaje y las habilidades espaciales, resolución de problemas, la memoria, el funcionamiento intelectual y emocional o funcionamiento de la personalidad. Puedo solicitar más información sobre cualquiera de estos procedimientos. Esta evaluación puede ser programada para un día completo, pero se permitirá descansos cuando sea necesario. Otro día puede ser necesaria para completar la evaluación.

1) **Los costos típicos.** Una evaluación típica es amplio e incluye no sólo el tiempo dedicado directamente con el cliente, sino también el tiempo dedicado revisión de los registros, anotando las pruebas administradas, la interpretación de los resultados, y la redacción del informe. Dependiendo de la complejidad de la situación, esto puede añadir 4 - 8 horas al tiempo de contacto directo. Si estoy cubierto por una compañía de seguros que el proveedor tiene contrato con (por ejemplo, Anthem / Blue Cross, Aetna, Medicare, Cigna), luego se aceptará que la tarifa contratada más mi copago. De lo contrario, el costo típico para una evaluación neuropsicológica es de \$ 225 / hora. Información adicional sobre las tarifas está disponible bajo petición.

2) **Problemas de pago**

• **El pago debe realizarse antes de la sesión.** Mi parte de pago vence al momento del servicio, pagado antes de la sesión, a menos que los arreglos se hacen por adelantado.

• **Asignación de beneficios.** Al firmar a continuación, estoy autorizando la compañía de seguros para pagar beneficios a Fullerton Servicios neuropsicológicas. Cuando el proveedor factura a la compañía de seguros, pago de servicios con ello se dirigió a ella; si la compañía de seguros envía accidentalmente el cheque para mí, es mi responsabilidad de entregar el cheque al grupo Neurobehavioral. La oficina del médico puede tener que comunicar cierta información resumida a mi compañía de seguros con el fin de obtener la autorización y el pago de esta evaluación.

• **Auto-Pay.** Un tipo reducido se ofrece para aquellas personas que deseen pagar en su totalidad al momento del servicio. En un acuerdo de auto-pago, el emisor de la factura me ayudará en la facturación de mi compañía de seguros, pero dejará que en última instancia, entre yo y mi compañía de seguros.

3. Soy bienvenidos y alentados (aunque no necesario) para traer a mi marido / esposa / esposo o pareja a las sesiones de entrevistas y de retroalimentación.

Entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior.

Firma del Cliente

Fecha

Límites de la confidencialidad (evaluaciones)

Información discutido en la evaluación neuropsicológica o psicológica será incorporada en el neuropsicológica (o psicológico) Informe de evaluación.

- Este informe será enviado a la fuente de referencia y cualesquiera otras personas / agencias identificadas en la divulgación de información del firmados antes de la evaluación.
- Si la tarifa para esta evaluación está siendo pagado por una compañía de seguros u otra agencia, puede ser necesario enviar una copia del informe a la agencia para asegurar el reembolso, como se señala en la Autorización firmada para el Pago de Beneficios.
- El cliente puede solicitar un informe se enviará a otra persona o entidad en cualquier momento en el futuro, completando un lanzamiento adicional de la Información.
- Este informe, y cualquier otra información que se discute en la evaluación, es confidencial y no será compartida sin permiso escrito, excepto en las siguientes condiciones:

1. El cliente amenaza con suicidarse.
2. El cliente amenaza daño a otra persona (s), incluyendo homicidio, asalto, u otro daño físico.
3. Los informes de clientes sospecha de abuso infantil, incluyendo pero no limitado a, los golpes físicos y abusos sexuales.
4. El cliente reporta el abuso de las personas mayores y / o si el cliente ancianos parece ser negligente de uno mismo.

La ley estatal exige que los profesionales de salud mental pueden tener que informar de estas situaciones para las personas o agencias apropiadas.

Además, si el cliente está involucrado en una demanda legal y reivindica los problemas de salud mental relacionados con la acción legal (es decir, declaración de "no culpable por razones de demencia", o que reclaman daños emocionales en un pleito), registros de salud mental pueden ser necesario para ser liberados.

Las comunicaciones entre el proveedor y el cliente de lo contrario se considerará confidencial según se contempla en la ley del estado de California.

Después de haber leído y comprendido lo anterior, estoy de acuerdo con los límites de la confidencialidad.

Nombre del Cliente (y Guardian, si procede)

Fecha

Firma del Cliente

Firma del Guardián del Cliente

Provider

Fullerton Neuropsychological Services

CLINICAL PSYCHOLOGY & NEUROPSYCHOLOGY

involucradas en su cuidado o el pago de su cuidado, como miembros de la familia y amigos.

3. Usted tiene el derecho de ver la información de salud que tenemos sobre usted, como sus registros médicos y de facturación. Usted puede obtener una copia de estos registros, pero usted puede cobrar por ello. Póngase en contacto con nuestra oficina para arreglar la forma de ver sus registros.

4. Si crees que la información de sus registros es incorrecta o falta algo importante, puede pedirnos que hagamos adiciones a sus registros para corregir la situación. Tienes que hacer esta solicitud por escrito y enviarla a nuestra oficina. También debe decirnos las razones que usted desea hacer los cambios.

5. Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos la nueva versión en nuestra sala de espera, y siempre se puede obtener una copia de la misma a partir de la recepción.

6. Usted tiene el derecho de presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados. Usted puede presentar una queja con nuestra oficina y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Todas las quejas deben ser por escrito. La presentación de una queja no va a cambiar la atención de la salud que le proporcionamos en forma alguna.

Además, es posible que tenga otros derechos que se otorgan a usted por las leyes de nuestro estado, y estos pueden ser iguales o diferentes de los derechos antes mencionados. Estaremos encantados de discutir estas situaciones con usted ahora o que se presenten. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestras políticas de privacidad de información de salud por favor informe a la oficina frente saber.

He leído y entiendo el Aviso anterior de prácticas de privacidad.

Firma

Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Nuestro compromiso con su privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información personal de salud como parte de la prestación de atención profesional. También estamos obligados por ley a mantener su información privada. Estas leyes son complicadas, pero debemos darle esta información importante. Esta es una versión más corta de la unida, llena aviso, legalmente requerido de prácticas de privacidad. Por favor, hable con nuestro personal de la oficina acerca de cualquier pregunta o problema.

Cómo utilizamos y divulgamos su información de salud protegida con su consentimiento

Vamos a utilizar la información que recopilamos sobre usted principalmente para proporcionarle tratamiento, para organizar el pago por nuestros servicios, y para algunas otras actividades comerciales que se llaman, en la ley, las operaciones de atención médica. Después de haber leído este aviso le pediremos que firme un formulario de consentimiento para que nosotros utilizamos y compartimos su información de esta manera. Si usted no consiente y firmar este formulario, no podemos tratar. Si queremos utilizar o enviar, compartir o revelar su información para otros fines, vamos a discutir esto con usted y le pedirá que firme un formulario de autorización para permitir esto.

La revelación de su información de salud sin su consentimiento

Hay algunos momentos en los que las leyes nos obligan a usar o compartir su información. Por ejemplo:

1. Cuando hay una amenaza seria para su u otro de salud y seguridad o para el público. Sólo compartiremos información con las personas que son capaces de ayudar a prevenir o reducir la amenaza.
2. Cuando están obligados a hacerlo por juicios y otros procesos legales o judiciales.
3. Si un oficial de la ley nos obliga a hacerlo.
4. Para los trabajadores de compensación y programas de prestaciones similares.

Hay algunas otras situaciones raras. Se describen en la versión más larga de nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Sus derechos respecto a su información de salud

1. Usted puede pedir que comuniquemos con usted de una manera particular o en cierto lugar que es más privado para usted. Por ejemplo, nos puede pedir que le llamemos a su casa, y no en el trabajo, para programar o cancelar una cita. Nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para hacer lo que me pides.
2. Usted puede pedirnos que limitar lo que le decimos a las personas

Política de facturación

Copagos y / o saldos deducible se aplica en el momento del servicio. Los copagos y deducibles son la responsabilidad del paciente. Saldo pendientes de pago extendidos para los deducibles y / o co-pagos serán remitidos a nuestra agencia de cobros. Sin embargo no nos hacemos responsables de dar seguimiento con la compañía de seguros para asegurarse de que proporcionan reembolso, esto es la responsabilidad del paciente.

Los pacientes con planes de seguros que requieren autorizaciones previas: La autorización previa deben estar en el archivo por escrito antes de todas las citas programadas. Mientras que nuestra oficina intentará obtener todas las autorizaciones antes de su cita, sería útil y posiblemente acelerar el proceso si se comunica con su partido en referencia a la autorización del seguro.

Al firmar este formulario, usted certifica que usted es elegible con la compañía de seguros que figuran en la tarjeta que usted presentó en el momento de su cita. "Yo, el paciente, entiendo que si lo anterior no es cierto o si no soy elegible bajo los términos de mi acuerdo médico y el suscriptor, yo soy responsable de todos los cargos por servicios prestados.

Sin política de Mostrar / Late cancelación: Los pacientes que no se presentó a una cita en la oficina programado, o que no cancelan la cita con 24 horas de antelación, se cobrará una cuota de \$ 100. Cualquier cheque devuelto a nosotros por el banco estarán sujetos a una tarifa de \$ 25.00.

Un paciente será considerado un paciente de efectivo una vez que la cuenta ha sido enviada a la recolección debido a un saldo en mora. **Cualquier futuro servicio, después de que un paciente ha sido enviado a las colecciones, se pagarán en el momento del servicio.** El paciente será responsable de todos los gastos extraordinarios asociados a la colección de fondos adeudados a la práctica, incluyendo pero no limitado a, gastos de recaudación, honorarios de abogados y costas judiciales.

He leído, entiendo, y se compromete a cumplir con la información anterior.

Firma del Paciente / Tutor

Nombre Impreso

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO

Nombre del paciente: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Suscriptores Nombre: Número de suscriptores: _____

Número de Póliza: Número de grupo: _____

Número de teléfono: Número de Medicare: _____

Dirección De Envío: _____

Seguro Secundario: _____

Suscriptores Nombre: _____ Número Suscriptores: _____

Número de Póliza: _____ Número de grupo: _____

Número De Teléfono: _____

Dirección De Envío: _____

Por la presente autorizo a la empresa o empresas de seguros nombrada por el pago total de Fullerton Servicios neuropsicológicas, o cualquier psicólogo contratado o empleado que puede estar directamente bajo dicha corporación. Autorizo beneficios de gastos médicos completos permitido, y de otra manera pagadero a usted bajo mi póliza de seguro, como pago a los cargos totales por servicios profesionales prestados. Este pago no excederá mi deuda al cesionario antes mencionado y he accedido a pagar de forma actual, el saldo de dicha servicios profesionales pagan por encima de este pago del seguro cualquier co-pagos, deducibles, o cantidades denegadas.

Fecha: Firma: _____

Asignación de beneficios:

Por la presente autorizo Fullerton Servicios neuropsicológicos a proporcionar información a los seguros Autorización párr pago nombre del Paciente: Nombre de Compañía de Seguros: nombre Suscriptores: Número de Suscriptores: Número de póliza: Número de Grupo: Número de Teléfono: Número de Medicare: Dirección de Facturación : *** secundario Seguro: Suscriptores nombre: Número de Suscriptores: Número de póliza: Número de Grupo: Teléfono: Dirección de Facturación: *** autorizo el nombre de Compañía de Seguros o Empresas párr El Pago completo a Servicios neuropsicológicos Fullerton, o CUALQUIER contratado o Empleado psicólogo Que Puede Ser Directamente Debajo de DICHA corporación. Yo autorizo a Beneficios Gastos Médicos COMPLETOS permisibles Y Si no pagables A Usted Bajo mi póliza de Seguro, Como forma de pago Hacia los cargamentos Totales Para Los servicios profesionales prestados. Este Será pagar en el ex ... transportistas con respecto a esta enfermedad y por este medio irrevocablemente asignar al médico todos los pagos por los servicios psicológicos prestados y todos los beneficios médicos importantes. Una copia tendrá la misma validez que el original.

Fecha: _____ Firma: _____

ENTIENDO QUE TODAS LAS CITAS DEBEN SER CANCELADO 24 horas de antelación. Si yo no cancela dentro de 24 horas, será personalmente pagar una CANCELACIÓN recargo de \$ 100. Por citas perdidas, que será personalmente cobrará un NO SHOW CUOTA DE \$ 100.

Información para el paciente

Nombre_fallad _____ SS# _____
Dirección calle _____
Ciudad_estado Zip _____
Dirección de correo electrónico _____
Fecha de nacimiento Género: M F ____
Estado civil: S M W Sep D El nombre del cónyuge _____
Teléfono: Casa _____ oficina/Cell _____
Médico de atención primaria teléfono: _____
¿Podemos contactar a su PCP? Si NO se hace referencia por: _____
Contacto de emergencia _____
Relación: _____ teléfono: _____

Información para el paciente empleador

Nombre del empleador teléfono: _____
Dirección del empleador _____
Ciudad_Estado/Código postal _____
Ocupación del paciente _____

Asegurado la persona (si no paciente)

Nombre _____ teléfono: _____
Dirección _____ ciudad/estado_Zip _____
ID del suscriptor #_Rel _____
Fecha de nacimiento_fallad _____

Seguros

Compañía aseguradora primaria _____
ID # _____
Grupo # _____ teléfono: _____
Nombre de compañía aseguradora secundaria _____
ID # _____
Grupo # _____ teléfono: _____