



SOLICITUD DE SERVICIOS/REGISTRO PARA SERVICIOS

Id. del cliente: _____

Información del cliente

Fecha de nacimiento: _____

Nombre legal del cliente: _____ Nombre preferido del cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal: Inglés Español Otro _____ Preferencia religiosa: _____

Estado civil: Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Raza: Nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo americano Blanco
 Isleño del Pacífico o nativo de Hawái Otra raza única 2 o más razas No desea responder

Grupo étnico: Dominicano Hispano o latino No hispano ni latino No desea responder

Género asignado: Masculino Femenino

Identidad de género: Agénero Femenino Masculino Género fluido No binario Transgénero Otro
 No sabe No desea responder

Orientación sexual: Gay/homosexual Heterosexual Bisexual No sabe Otro No desea responder

Pronombres: Ella Él Elle Otro No desea responder

¿Es usted una persona sin hogar?: Sí No

¿Cómo nos conoció? Nombre/clínica: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia

Pariente más cercano:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Información del seguro ¿Tiene seguro?: Sí No

Nombre del seguro: _____ Plan: _____

Número de identificación o póliza: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Médico de atención primaria ¿Tiene un médico de atención primaria?: Sí No

Nombre/clínica: _____ Especialidad: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Educación y empleo

Situación educativa: Inscrito No inscrito Nivel educativo: _____

Situación laboral: Empleado No empleado Información laboral: _____

Situación militar: *Actualmente, es parte de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:* Sí No *Experiencia previa en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:* Sí No

Consumo de tabaco: Sí No

Directiva anticipada: Tengo una directiva de atención anticipada No tengo una directiva de atención anticipada

Solicitud de servicios/registro para servicios (continuación)

Confirmaciones

- Sí No He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Highland Springs Specialty Clinic.
- Sí No He recibido una copia de los Derechos y responsabilidades del cliente de Highland Springs Specialty Clinic.
- _____ (iniciales) *Abuso o violencia*: Reconozco y entiendo que es posible que Highland Springs Specialty Clinic tenga la obligación legal, en casos de abuso de menores y adultos mayores o vulnerables, de informar o derivar el caso a las agencias gubernamentales o de aplicación de la ley correspondientes, así como la obligación legal, en casos de violencia familiar o amenazas de delitos, de informar o derivar el caso a las agencias gubernamentales o de aplicación de la ley correspondientes. Además, presto mi consentimiento para que Valley informe o derive el caso según lo indicado.

Atención médica de emergencia

- Sí No Presto mi consentimiento para recibir primeros auxilios y tratamiento de emergencia. Esto sería en el caso de que tuviera un accidente, una lesión, una enfermedad u otra emergencia médica. Entiendo que esto solo se aplica durante el tratamiento en Highland Springs Specialty Clinic.

Consentimiento

- Sí No Presto mi consentimiento para recibir tratamiento y que me hagan pruebas o evaluaciones en Highland Springs Specialty Clinic y con el servicio de telesalud. Entiendo que las pruebas incluyen, a modo de ejemplo, pruebas intelectuales, cognitivas, del desarrollo y funcionales.
- Sí No Por medio del presente documento, presto mi consentimiento para que el personal de Highland Springs Specialty Clinic se comunique conmigo, cuando sea necesario, por correo electrónico y mensajes de texto en relación con los siguientes aspectos de mi atención médica y tratamiento (*recetas, citas y facturación*). Comprendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un método de comunicación confidencial. Además, comprendo que, en estos medios de comunicación utilizados entre mi equipo de tratamiento, el personal del consultorio clínico, mis otros médicos o enfermeros, y yo para comunicarnos en relación con mi atención médica y tratamiento, existe el riesgo de que sean interceptados por terceros o transmitidos a personas no deseadas. También comprendo que cualquier comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre mi médico, el personal del consultorio clínico, mis otros médicos o enfermeros, y yo en relación con mi atención médica y tratamiento puede imprimirse y agregarse a mi historia clínica.

Entiendo que, en una situación urgente o de emergencia, no debo confiar en el correo electrónico y debo llamar a mi proveedor o ir a la sala de emergencias.

Asimismo, presto mi consentimiento para que mi firma electrónica sea válida y exigible como si hubiera firmado en persona, y lo acepto.

Certifico que entiendo la información anterior y que es exacta y completa.

Firma del cliente o del representante legal

Fecha

Nombre impreso del representante legal

Relación con el cliente

Firma de integrante del personal de HSSC

Fecha



ACUERDO DE TARIFAS DEL CLIENTE: POLÍTICAS DE PAGO Y CANCELACIÓN

Número de id. del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MEDIANTE LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO, ACEPTO LA SIGUIENTE CESIÓN DE BENEFICIOS:

- Acepto la responsabilidad financiera de los pagos adeudados por todos los servicios recibidos. Los copagos y deducibles deben pagarse en el momento en que se preste el servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
- Entiendo que es posible que mi seguro no cubra todos los servicios prestados y que se espera que yo pague todos los servicios no cubiertos a las tarifas de pago por cuenta propia. Las tarifas están disponibles previa solicitud. Estas tarifas están sujetas a cambio.
- _____(iniciales) **Reconozco que Highland Springs Specialty Clinics es proveedora de Medicaid no participante y que, en este momento, no reúno los requisitos para Medicaid.**
- _____(iniciales) **Notificaré a Highland Springs Specialty Clinic si comienzo a reunir los requisitos para Medicaid durante mi tratamiento en Highland Springs Specialty Clinic y entiendo que se me derivará a un proveedor de Medicaid y que se me dará de alta del tratamiento en Highland Springs Specialty Clinic.**
- **Asimismo, entiendo que Highland Springs Specialty Clinic no puede facturar a Medicaid ningún servicio recibido en un centro de Highland Springs Specialty Clinic si yo comenzara a reunir los requisitos para Medicaid en forma retroactiva.**
- Entiendo que Highland Springs Specialty Clinic facturará a mi seguro de salud u otro pagador el costo total de los servicios de todos los tratamientos y servicios cubiertos que reciba.
- Entiendo que debo notificar a Highland Springs Specialty Clinic cualquier cambio en mi seguro o cobertura, y que, si no lo hago, seré responsable de pagar la tarifa de pago por cuenta propia de todos los servicios prestados.
- Entiendo que, si mi seguro se cancela, y no tengo cobertura en la fecha de servicio, se me cobrarán las tarifas de pago por cuenta propia de todos los servicios que haya recibido después de la fecha de finalización del seguro.
- Acepto remitir a Highland Springs Specialty Clinic todos los pagos de seguros o pagadores externos que haya recibido directamente por los servicios que haya recibido de Highland Springs Specialty Clinic y que, si no lo hago, seré responsable de dichos pagos.
- Entiendo que Highland Springs Specialty Clinic NO acepta cheques.
- Entiendo que Highland Springs Specialty Clinic tiene el derecho de negarse a prestar servicios adicionales y de enviar mi cuenta a una agencia de cobranzas para su resolución después de 90 días de falta de pago por los servicios.
- Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranzas, entiendo que soy responsable de todos los costos en que haya incurrido Highland Springs Specialty Clinic, lo que incluye presentaciones judiciales, honorarios de agencias de aplicación de la ley, honorarios de abogados e intereses acumulados a la tasa legal sobre el saldo pendiente de pago hasta que el saldo se haya **pagado en su totalidad.**
- Entiendo que hay cargos asociados con las citas perdidas si estas no se cancelan o reprograman con 24 horas de anticipación. **El cargo es de USD 50,00 por cita perdida.**

Autorizaciones

- Autorizo a mi compañía de seguros o pagador externo a hacer pagos que, de otro modo, serían pagaderos a mí directamente a Highland Springs Specialty Clinic. En el caso de que los beneficios pagados superen el costo total de los servicios, Highland Springs Specialty Clinic será responsable de emitir un reembolso.
- Autorizo a Highland Springs Specialty Clinic a obtener la autorización previa de los servicios ante mi compañía de seguros y a apelar, en mi nombre, cualquier decisión tomada por la compañía de seguros con respecto al pago.
- Autorizo a Highland Springs Specialty Clinic a divulgar información de salud protegida a mi compañía de seguros o a cualquier otra entidad responsable de pagar mi tratamiento a fin de obtener un reembolso.

Este acuerdo de tarifas cubre todos los servicios prestados por Highland Springs Specialty Clinic, lo que incluye el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias.

Firma del cliente/padre o madre/representante

Fecha

Nombre impreso del padre o madre/representante

Relación con el cliente

Firma de integrante del personal de HSSC

Fecha