

ACUERDO DE TRATAMIENTO

1. **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO:** Yo, _____, doy consentimiento a ser un(a) cliente de Family Services of the Merrimack Valley y recibir servicios de salud mental. Yo entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas de los procedimientos usados, y que puedo poner fin a mi tratamiento en cualquier momento.

2. **ACUERDO DE COBRO:** El costo de 45-50 minutos por sesión es \$110.00. El servicio puede ser pagado por una combinación de seguro, dinero del bolsillo propio y apoyo del United Way que está disponible para 15 horas de servicios por año. No se me proveerá servicio si yo tengo un balance sin que haya un arreglo específico por escrito que esta aprobado por el Director de la Clínica de Family Services of the Merrimack Valley. Yo entiendo que Family Services of the Merrimack Valley utiliza una agencia de colección (Collection Agency) para los balance. Esta agencia cobra una cuota adicional además del balance.

(Debe ser completado si el cliente tiene seguro.) Mi pago (co-pay) es _____. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios recibidos.

(Debe ser completado si el cliente esta pagando de su propio bolsillo.) Mi dinero del bolsillo es \$_____.
Estoy de acuerdo en pagar por los servicios recibidos.

3. **CANCELACIONES:** Un aviso de veinticuatro (24) horas es requerido si la cita es cancelada. Para cancelar una cita después de horas de oficina durante el fin de semana o en las vacaciones, llame al número de la agencia y nuestro servicio telefónico recibirá su mensaje. Yo entiendo que no se puede cobrar a mi seguro o HMO por una cita perdida.

4. **TERMINACION DE TRATAMIENTO:** Es importante asistir a consejería para que progrese. **Entiendo que si falto dos citas sin 24 horas de notificación que mi tratamiento terminará.** Si esto ocurre, mi terapeuta me dará una lista de proveedores de tratamiento. Yo estoy de acuerdo que no seré elegible para volver a Family Service, Inc. por 90 días después de la cita faltada.

5. **DERECHOS DE LOS CLIENTES:** Yo he recibido la información los DERECHOS DEL CLIENTE. Yo entiendo que la información que yo le revele a mi consejera(o) es confidencial. Las limitaciones de mi confidencialidad están descritas en "HECHOS DE MI CONFIDENCIALIDAD PROFESIONAL" que yo he recibido. Preguntas que yo tenga sobre la confidencialidad puedo tratarlas con mi consejera(o).

6. **VIH/SIDA:** He recibido información acerca del HIV/SIDA.

Firma de Cliente _____ Fecha / /

Padre o Guardián _____ Fecha / /

Consejera(o) _____ Fecha / /

7. **INFORMACION DE SEGURO:** Yo entiendo que Family Service puede verificar la póliza de mi seguro. También, yo entiendo que la compañía de seguro, bajo petición, tiene el derecho de recibir información con respecto a mi tratamiento. Como un servicio a usted, Family Services of the Merrimack Valley le manda la cuenta a su seguro cuando le da tratamiento. Algunas veces la información que recibe la Agencia del seguro es incorrecta. Es posible que no se sepa el pago exacto hasta que el seguro pague. En este caso, yo entiendo que yo soy responsable de pagar la cantidad debida para mi servicios. **Yo entiendo que es mi responsabilidad de informarle a Family Service de inmediato si ocurren cambios en mi seguro.**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo autorizo el pago de mis beneficios médicos a Family Services of the Merrimack Valley por los servicios recibidos.

_____ Fecha / /
Firma de la Persona Asegurada o Autorizada