

FAMILY GUIDANCE CENTER
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN AL SEGURO

Yo _____, Autorizo a Family Guidance Center a revelar información
Nombre del Cliente o Nombre del Tutor legal

relacionada con el pago de beneficios de seguro de _____,
Nombre de la Compañía de seguro Identificación de Miembro

Solicito el pago a Family Guidance Center de todos los beneficios de seguro autorizados en mi nombre.

Acepto pagar los servicios de acuerdo con el siguiente programa de tarifas del Family Guidance Center:

Evaluación Psicosocial (Admisión)	\$180.00
Sesión individual o familiar	\$165.00
Sesión individual o familiar	\$195.00
Consejería grupal – 1 hora sesión	\$ 60.00
Consejería grupal– 1 ½ Hora sesión	\$ 90.00
Consejería grupal– 2 Hora sesión	\$120.00
Consejería grupal– 2 ½ Hora sesión	\$150.00
Evaluación psiquiátrica	\$275.00
Visita de revision de Medicación	\$120.00

Entiendo que la facturación enviada a mi compañía de seguros se de acorde al programa de tarifas indicado previamente. **En caso de que el seguro no cubra los servicios, YO SOY RESPONSABLE DEL PAGO.**

Permito que se use una copia de esta autorización en lugar de este original.

Entiendo que la divulgación de información sobre el tratamiento de drogas y alcohol debe limitarse o estar de acuerdo con la sección 255.5 (b) del código 4PA.

Entiendo que cualquier restricción o revocación de este consentimiento puede resultar en la interrupción para que Family Guidance Center pueda proporcionarme. Además, entiendo que Family Guidance Center puede negarse a tratarme si yo, o mi representante autorizado, no firmo este consentimiento, excepto en la medida en que tal tratamiento sea requerido por la ley. Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento. Este derecho y sus otros derechos de privacidad están contenidos en nuestro aviso de prácticas de privacidad.

Esta autorización para divulgar información confidencial sigue siendo válida para un máximo de 365 días a partir de la fecha de mi firma o hasta que todos los problemas de facturación se resuelvan.

Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento

Firma del Cliente

Fecha

Testigo

Fecha

* _____
Parte Responsable si el Cliente es un menor / dependiente

Fecha

* *No utilice esta línea de la firma para los clientes del tratamiento del abuso de la sustancia.*
 Cliente ACEPTADO RECHAZADO una copia de este comunicado.
 Adjunte TODAS sus tarjetas de seguro médico (anverso y reverso) si es posible.