



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE POLÍTICAS FINANCIERAS Y INFORMACIÓN DEL CLIENTE NUEVO

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente (legal): _____ Apellido del cliente (legal): _____
Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Ellie Mental Health puede enviar notificaciones electrónicas a su dirección de correo electrónico y/o como una llamada/mensaje de voz/mensaje de texto (si tiene la capacidad de enviar mensajes de texto; disponible para la mayoría de los proveedores de telefonía celular) a su teléfono. Tenga en cuenta los costos asociados con enviar mensajes de texto a su teléfono móvil; consulte con su proveedor de servicios móviles si tiene preguntas antes de aceptar recibir mensajes de texto.

Un correo electrónico o mensaje de texto llegará a su correo electrónico o teléfono y puede incluir cosas como recordatorios de citas o notificaciones sobre su cuenta del portal de clientes. Si acepta ahora, siempre puede optar por no recibir notificaciones electrónicas en el futuro siguiendo las instrucciones en el correo electrónico o mensaje de texto, o llamando a nuestra oficina.

Al firmar al final de este documento, autorizo a Ellie Mental Health a enviar notificaciones electrónicas a las direcciones de correo electrónico y números de teléfono que se indican en la sección Información del Cliente anterior.

*Háganos saber si alguna de esta información cambia para garantizar la entrega del mensaje.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación con el cliente: _____

RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE POR PAGO DE SERVICIOS

Autorizo a Ellie Mental Health a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguros que se considere necesaria para procesar un reclamo de seguro. Es mi intención que una copia de esta autorización tenga la misma fuerza y efecto que el original. Certifico que la información provista en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar beneficios a Ellie Mental Health.

Acepto notificar de inmediato a cualquier representante de Ellie Mental Health cada vez que haya algún

cambio con respecto a mi condición de salud y/o la cobertura del plan de seguro médico. Entiendo que, en última instancia, soy responsable del pago a Ellie Mental Health por todos y cada uno de los servicios que se me prestaron en el momento de mi visita; esto incluye saldos deducibles, coseguros y copagos. También entiendo que si suspendo o finalizo mi atención y tratamiento por cualquier motivo, o si mi plan de seguro de salud grupal o individual no cubre mi tratamiento o se cancela durante el curso de mi tratamiento, soy responsable de cualquier cargo no cubierto o no elegible. y/o saldo impago. Acepto toda la responsabilidad por mi tratamiento y libero a Ellie Mental Health y a todos los miembros del personal de Ellie Mental Health de toda responsabilidad en el improbable caso de que surja un problema a causa de mi tratamiento. Reconozco que este acuerdo de contrato es entre mi compañía de seguros de salud y yo, no Ellie Mental Health. Obtuve una autorización previa de mi compañía de seguros, si la autorización previa es un requisito para recibir beneficios.

Al firmar al final de este documento, afirmo y certifico que la información anterior es completa y precisa según mi leal saber y entender.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS

PAGO PRIVADO: Se le considera un cliente de "Pago Privado" hasta que proporcione a Ellie Mental Health su información de seguro completa para determinar su calificación y aceptación de la cobertura de seguro médico. Todos los pagos vencen al comienzo de cada sesión. Ellie Mental Health acepta efectivo, cheques o tarjetas de crédito (MasterCard, Visa o American Express). Ellie Mental Health ofrece opciones de escala móvil de tarifas para la mayoría de los servicios que brindamos. Para determinar su elegibilidad para tarifas reducidas de servicios, Ellie Mental Health le preguntará acerca de sus ingresos y capacidad de pago durante la sesión de admisión.

SE REQUIERE UNA TARJETA DE CRÉDITO ARCHIVADA: Para agilizar la facturación y el pago y proporcionar una forma conveniente para que los pacientes paguen sus facturas, Ellie Mental Health requiere que todos los pacientes mantengan una tarjeta de crédito activa archivada con nosotros. Si su tarjeta de crédito registrada necesita cambiar, notifíquenos de inmediato. Todos los pagos vencen al comienzo de cada sesión, incluidos los copagos, e inmediatamente después de recibir cualquier estado de cuenta. Las circunstancias en las que se cargará su tarjeta, y para las cuales doy mi consentimiento, incluyen pero no se limitan a: sesiones perdidas o canceladas sin previo aviso de 24 horas; copagos, coseguros y deducibles perdidos; cualquier servicio no cubierto y/o denegación de servicios por parte del seguro. A cualquier cita perdida en la que no se haya avisado con 24 horas de antelación se le puede cobrar un cargo por cancelación tardía de \$85. A cualquier cita perdida sin previo aviso se le puede cobrar una tarifa por no presentarse de \$100. Por la presente doy mi consentimiento para acceder a mi tarjeta de crédito o facturarme directamente por estos cargos.

ESTADOS DE CUENTA: Con el fin de garantizar un acceso seguro y conveniente, Ellie está autorizada a transmitir una copia de su estado de cuenta al portal activado. Usted conserva la opción de retirar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito.

PRESENTACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y SEGURO PARA NUESTROS CLIENTES: Ellie requiere una copia de su tarjeta de identificación de seguro y licencia de conducir para todos los clientes, especialmente aquellos con cobertura de seguro de salud actual que desean que nuestra oficina comercial presente reclamos en su nombre.

CONSULTAS POR TELÉFONO/TEXTO: Conversación por Teléfono/Texto Las conversaciones con su médico, además de programar una cita en el consultorio, se consideran una "visita al consultorio" y es posible que se le

cobre una tarifa prorrateada por hora. Tenga en cuenta que si bien los servicios terapéuticos pueden ofrecerse por teléfono o intercambio de video, es posible que el seguro no cubra el costo de estos servicios. Además, los servicios terapéuticos no deben realizarse a través de mensajes de texto u otro intercambio electrónico a menos que se aborde específicamente en el plan de tratamiento y tanto el médico como el cliente estén de acuerdo con los términos relacionados con los intercambios electrónicos.

PREPARACIÓN DE FORMULARIOS E INFORMES: Si solicita que se completen formularios o informes en su nombre, lo ayudaremos en el proceso. Completar formularios o informes requiere que un proveedor revise el expediente de un paciente y, a menudo, requerirá una discusión con el cliente. Hay un cargo mínimo de \$35 hasta un máximo de \$250 por hora.

COMPARECENCIAS EN LA CORTE: Debido a la confidencialidad de la relación cliente-proveedor, el proveedor normalmente no testifica en la corte sin una orden judicial que lo obligue a hacerlo. En tales casos, el proveedor será compensado monetariamente como se establece a continuación.

A menos que la ley lo limite de otro modo, el cliente acepta pagar al proveedor por su tiempo de preparación y testimonio, incluido el viaje y los gastos necesarios (copias, estacionamiento, comidas y similares) a las siguientes tarifas: El costo de un terapeuta para comparecer ante el tribunal/arbitraje o en una declaración jurada es de \$250 por hora, redondeado a la media hora más cercana, para un total de dos mil (\$2000) dólares por un día máximo de 8 horas. El costo para que un prescriptor de manejo de medicamentos comparezca en la corte/arbitraje o en una declaración jurada es de \$400 por hora, redondeado a la media hora más cercana para un mínimo total de tres mil doscientos (\$3200) dólares por un día máximo de 8 horas.

Además, el cliente acepta pagar los montos de cargos mínimos descritos anteriormente dos semanas antes de la comparecencia, presentación de registros o testimonio solicitado. Si se cancela la audiencia, el cliente debe notificar al proveedor tan pronto como sepa, y se reembolsará al cliente hasta la mitad de los honorarios, excluyendo cualquier tiempo ya incurrido. A menos que se especifique lo contrario por escrito, los proveedores de Ellie Mental Health no aceptan brindar servicios como peritos o testigos forenses, y cualquier comunicación o testimonio oral o escrito requerido y/o proporcionado por ellos se limitará únicamente a información fáctica.

CHEQUES DEVUELTOS: Con mucho gusto aceptaremos su cheque por nuestros servicios. Sin embargo, se le cobrará \$30 por un cheque devuelto. A partir de entonces, el pago debe hacerse en efectivo o con tarjeta de crédito.

CANCELACIONES Y AUSENCIAS: A cualquier cita perdida en la que no se haya notificado con 24 horas de anticipación se le puede cobrar un cargo por cancelación tardía de \$85. A cualquier cita perdida en la que no se haya dado aviso previo se le puede cobrar una tarifa de \$100 por no presentarse. Por la presente doy mi consentimiento para acceder a mi tarjeta de crédito o facturarme directamente estos cargos.

Al firmar al final de este documento, doy fe de que he leído y comprendo las políticas anteriores.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE PARA EL TRATAMIENTO & AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CONFIDENCIALIDAD

Los temas discutidos en la terapia son importantes y normalmente se protegen como confidenciales y/o “privilegiados”. Sin embargo, existen límites a los derechos de confidencialidad y privilegio, y en algunas situaciones se nos puede solicitar que divulguemos información y/o registros confidenciales o privilegiados, incluso si usted no nos autoriza a hacerlo. Estas situaciones incluyen pero no se limitan necesariamente a cuando:

1. Tenemos motivos para creer que ha habido abuso o negligencia de un niño, una persona mayor o un adulto vulnerable.
2. Tenemos razones para creer que está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otra persona o que no puede cuidar de sí mismo.
3. Recibimos una orden judicial, citación u otro proceso legal que nos exige divulgar información y/o registros confidenciales o privilegiados.
4. Su compañía de seguros u otro tercero pagador nos exige que divulguemos información y/o registros para, por ejemplo, procesar un reclamo de reembolso o cobertura, responder a una auditoría o facilitar una revisión o apelación de un caso.
5. Estamos obligados por una junta de licencias u otra autoridad reguladora a divulgar información y/o registros.
6. Estamos obligados por cualquier estatuto, regla, orden u otra ley federal, estatal o de otro tipo a divulgar la información y/o los registros.

Debido a los requisitos reglamentarios de Minnesota y al valor que Ellie Mental Health otorga a la consulta de casos y la atención al cliente de calidad, sus sesiones terapéuticas y de rehabilitación pueden ser observadas por pares y/o personal de supervisión. Se le consultará y se solicitará su consentimiento antes de que se lleve a cabo cualquier seguimiento u observación.

AVISO AL CLIENTE DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Revise el Aviso de prácticas de privacidad de Ellie Mental Health que se encuentra en su sitio web en <https://elliementalhealth.com/client-notice-of-privacy/>

Si el cliente es menor de edad, al firmar este documento, usted da su consentimiento para que Ellie cargue cualquier decreto de divorcio/acuerdo de custodia aplicable al registro de salud electrónico del menor.

Si cree que su privacidad se ha visto comprometida o si está buscando más ayuda con respecto a su información de salud personal, le pedimos que primero se comunique con el Departamento de Cumplimiento de Ellie Mental Health por correo electrónico a: compliance@elliementalhealth.com o por teléfono al: 651.313.8080

SEGURIDAD

Para mantener un entorno seguro, no se permiten armas en las instalaciones de nuestro centro de salud mental. Esto incluye armas de fuego, cuchillos o cualquier objeto potencialmente dañino. Sin embargo, los agentes del orden son una excepción a esta política, reconociendo sus protocolos de deber para la seguridad pública. En aras de la seguridad, los proveedores pueden detener una sesión en cualquier momento o pedir ayuda si se encuentran armas que infrinjan esta política.

AVISO AL CLIENTE PARA PRESENTAR UNA QUEJA

La naturaleza de los servicios proporcionados por Ellie Mental Health son voluntarios. Si en algún momento de la relación con su proveedor no está satisfecho o se siente incómodo, se recomienda que se comunique primero con los supervisores de Ellie Mental Health para hablar sobre sus inquietudes. Los supervisores de Ellie Mental Health quieren que esté satisfecho con sus servicios y alientan la comunicación abierta para ayudar a garantizar que se satisfagan sus necesidades de bienestar.

Además de comunicarse con Ellie Mental Health como primer medio para presentar una queja, también puede presentar una queja formal. Nuestro procedimiento y formulario de quejas se pueden encontrar en nuestro sitio web en elliementalhealth.com

LIBERACIÓN DE REGISTROS

Toda la información del cliente se considera estrictamente confidencial (sujeta a las limitaciones autorizadas o exigidas por la ley) y no se entregará a nadie sin su consentimiento previo por escrito u otra autorización legal. En el caso de una solicitud de copias o una transferencia de los registros del cliente, los registros se enviarán solo después de que Ellie Mental Health reciba la autorización por escrito debidamente firmada del cliente u otras personas autorizadas. Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico y texto no es segura y, por lo tanto, no se puede garantizar la confidencialidad.

GRABACIONES

Ellie Mental Health no permite la grabación de audio, video u otra grabación electrónica por parte de los clientes de ningún servicio prestado sin el permiso expreso por escrito de un representante autorizado de Ellie Mental Health. Cualquier violación de esta política puede resultar en la terminación inmediata de los servicios prestados.

Las sesiones realizadas por estudiantes en prácticas pueden incluir la grabación de sesiones para su uso en la supervisión. Estas grabaciones no se pueden usar para ningún otro propósito que no sea el de supervisión, se almacenan en un dispositivo protegido con contraseña y se destruyen al finalizar los servicios. La grabación de Ellie Mental Health de cualquier tipo se limita a las sesiones en las que el cliente ha dado su consentimiento explícito para hacerlo.

EMERGENCIAS FUERA DE HORAS

Los proveedores de Ellie Mental Health no están disponibles para emergencias fuera del horario de atención. Los mensajes se revisan los días de semana durante el horario de 8:00 a.m. y 7:00 p.m. Para dejar un mensaje, llame a su proveedor directamente o llame a nuestra oficina principal. Para emergencias fuera del horario de atención o si necesita asistencia inmediata, llame al 911, a su grupo médico o médico de atención primaria.

DERECHOS DEL CLIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Ellie Mental Health no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, credo, religión, orientación sexual, estado de asistencia pública, estado civil, edad, discapacidad o sexo, incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género. Consulte también la factura de los pacientes de Minnesota I de Derechos y Derechos y Protecciones del Cliente de Minnesota. Una copia de estos derechos se encuentra en cada ubicación de Ellie Mental Health y se puede encontrar en línea en elliementalhealth.com.

Al interactuar con Ellie en las redes sociales, tenga en cuenta los riesgos potenciales relacionados con la divulgación de información confidencial. La naturaleza de las plataformas de redes sociales puede presentar desafíos a la confidencialidad. No podemos garantizar la confidencialidad de la información compartida a través de estos canales. Para asuntos que requieran discreción, considere utilizar métodos de comunicación más seguros.

Tenga en cuenta que si desea que Ellie Mental Health tenga una copia de su directiva de atención médica, usted es responsable de proporcionar esta información. Esto no es un requisito, pero puede ser útil para brindar el mejor tratamiento en caso de emergencias.

PROVEEDORES PRELICENCIADOS

Algunos de nuestros proveedores de atención médica se encuentran actualmente en el proceso de obtener la licencia y están bajo la supervisión de un profesional calificado. Como resultado, pueden consultar con su supervisor sobre su caso para garantizar el más alto nivel de atención. Además, su estado de cuenta puede reflejar el nombre del supervisor en lugar del proveedor individual. Esta práctica se alinea con los estándares regulatorios para mantener la calidad y la supervisión requerida durante esta fase de desarrollo de su trayectoria profesional.

He leído y comprendo las políticas anteriores. Además, entiendo que la información que he proporcionado se utilizará con fines administrativos y la agencia garantizará la confidencialidad. Entiendo que es mi responsabilidad leer y entender las políticas para todos los servicios. Puedo preguntar u oponerme a los métodos y/o tipo de información almacenada. Mis derechos están protegidos por las leyes de confidencialidad estatales y federales y cualquier divulgación de información requiere mi consentimiento, excepto cuando la ley lo exija y lo permita, incluido el abuso y/o negligencia infantil y la intención de dañar a otros o a mí mismo. Doy mi consentimiento a Ellie Mental Health para proporcionar evaluación, tratamiento y/u otros servicios que determinemos mutuamente como apropiados. Participo voluntariamente y comprendo mi derecho a rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento. He tenido la oportunidad de discutir mis razones para buscar servicios y entiendo mis responsabilidades en la relación terapéutica.

Si el cliente es menor de edad, el padre/tutor DEBE firmar a continuación. La firma menor no es válida.

X _____
Firma del cliente/padre/tutor

Fecha

*Si usted es padre/tutor, al firmar esto, certifica que tiene la custodia legal de su hijo menor de edad y que tiene capacidad para tomar decisiones legales.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD

Doy mi consentimiento para participar en la telesalud con Ellie Mental Health, como parte del proceso de terapia y mis objetivos de tratamiento. Entiendo que la psicoterapia de telesalud puede incluir evaluación, evaluación, consulta, planificación del tratamiento y terapia de salud mental. La telesalud ocurrirá principalmente a través de comunicaciones interactivas de audio, video, teléfono y/u otras comunicaciones de audio/video.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o el retiro de ningún beneficio del programa al que de otro modo sería elegible.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información que divulgue durante el transcurso de mis sesiones es generalmente confidencial. Existen excepciones tanto obligatorias como permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de niños y adultos vulnerables, el daño inminente expresado a uno mismo o a otros, o como parte de procedimientos legales en los que un tribunal de justicia solicita información. También entiendo que la difusión de cualquier imagen de identificación personal o información de la interacción de telesalud a otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de Ellie Mental Health, de que: la transmisión de mi información personal pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas y/o la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telesalud pueden no ser tan completos como los servicios en persona. Entiendo que si mi terapeuta cree que otras intervenciones me servirían mejor, me derivarán a un profesional de salud mental que pueda brindar esos servicios en mi área. También entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de tratamiento de salud mental, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi terapeuta, es posible que mi condición no mejore o que empeore.
4. Entiendo que puedo beneficiarme de los servicios de telesalud, pero que los resultados no se pueden garantizar ni garantizar. Entiendo que el uso de los sistemas de audio/video de Skype, FaceTime, GoToMeeting y Google no es 100% seguro y puede tener problemas con la conectividad wifi. Se harán todos los intentos de mantener la confidencialidad de la información mientras se usan estos sistemas, pero no se puede garantizar una confidencialidad del 100 % con problemas inherentes a estos sistemas de comunicación. La firma de este formulario muestra el conocimiento de estos problemas y la decisión de este cliente de utilizar estos sistemas para los servicios de telesalud. No responsabilizaré a Ellie Mental Health ni a su personal por la recopilación o el uso de la información del cliente por parte de estos proveedores de servicios.
5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información personal y copias de las notas del caso. He

leído y comprendo la información proporcionada anteriormente. He discutido estos puntos con mi terapeuta y todas mis preguntas con respecto a los asuntos anteriores han sido respondidas con mi aprobación.

6. Entiendo que la capacidad de mis terapeutas para brindarme teleterapia fuera del estado puede depender de los requisitos de licencia de ese estado y/o los requisitos de mi seguro. Acepto mantener actualizado a mi terapeuta si planeo participar en terapia fuera del estado en el que se encuentra mi terapeuta.
7. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y las crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio/video/computadora. Si tengo una crisis o una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Al firmar este documento, entiendo que una situación de emergencia puede incluir pensamientos sobre lastimarme o lastimarme a mí mismo o a otros, tener síntomas psicóticos no controlados, si estoy en una situación de emergencia o que pone en peligro la vida, y/o si estoy abusando de las drogas o el alcohol y estoy no es seguro. Al firmar este documento, reconozco que me han dicho que si tengo ganas de suicidarme debo llamar al 911, a las agencias locales de crisis del condado o a la Línea Directa Nacional de Suicidio al 988.

Si el cliente es menor de edad, el padre/tutor DEBE firmar a continuación. La firma menor no es válida.

X _____
Firma del cliente/padre/tutor

Fecha