

## ACUERDOS Y RECONOCIMIENTOS

*Ponga sus iniciales al lado de cada acuerdo y reconocimiento.*

### CONVENIO FINANCIERO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

\_\_\_\_\_ Acepto responsabilizarme por las finanzas y pagar los servicios que me prestará Cummins Behavioral Health Systems, Inc., en caso de que el seguro no los cubra ni los pague por completo. Entiendo que la ley permite que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. me cobre el monto que adeudo. Entiendo que me responsabilizaré por el cobro de honorarios, entre ellos los costos judiciales y honorarios de abogado, si hubiera saldos vencidos. Si tengo un seguro de salud, doy mi autorización para que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. facilite toda la información que corresponda, incluso diagnóstico, planes de tratamiento y notas de progreso que se relacionen con el consumo de alcohol o sustancias para que se autorice y se paguen las reclamaciones hasta que se den por terminados los servicios. Entiendo que, como usuario, o padre, madre, tutor o representante legal, tengo el derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento, previa comunicación por escrito. Si me niego a firmar o revoco esta autorización antes de que se den por terminados los servicios, puede verse afectada mi elegibilidad para recibirlos. Por el presente cedo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc., todos los fondos del seguro a los que esté facultado por los gastos relativos a los servicios recibidos de Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

### RECONOCIMIENTO DEL MANUAL DEL CONSUMIDOR Y PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_ He recibido, revisado y comprendido el Manual del Consumidor y Prácticas de Privacidad de Cummins Behavioral Health Systems, Inc. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso que se le dará a mi información. También certifico que entiendo mis derechos como consumidor de los servicios que me ofrecerá Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

### ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES

\_\_\_\_\_ Entiendo que estaré recibiendo comunicaciones de Cummins Behavioral Health Systems, Inc., en relación con las consultas, los estados de facturación y el tratamiento por teléfono, mensajes de texto, correo regular o electrónico.

### CONSENTIMIENTO DEL USUARIO

Las iniciales colocadas al lado de las declaraciones anteriores indican que comprendo y acepto. Por la presente consiento y autorizo que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. preste servicios para mí o para el niño o persona que se menciona de quien soy tutor legal. Consiento la evaluación y el tratamiento del que se hablará conmigo de manera detallada durante la evaluación. De tratarse de un menor o de un adulto tutelado, queda convenido que se le podrá evaluar y tratar sin la presencia de los padres ni de tutores o representantes legales. Entiendo los riesgos y el malestar emocional inherentes al proceso terapéutico y que tengo derecho a hacer preguntas a mi proveedor en cualquier momento sobre los servicios que incluye mi tratamiento.

Mediante la firma de este formulario de inscripción, usted da su consentimiento para que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. use fotografías o imágenes provenientes de medios electrónicos por razones de seguridad, protección e identificación. La información se guardará de conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y a esta solo tendrá acceso el personal autorizado.

Entiendo que, como usuario, o padre, madre, tutor o representante legal, tengo el derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento, previa comunicación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha



CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN  
LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Cummins Behavioral Health Systems, Inc. presta servicios a niños, adolescentes y adultos mediante el uso de equipos de videoconferencia en toda la organización. Estos servicios incluyen evaluaciones iniciales, terapia individual/familiar continua, evaluaciones psiquiátricas iniciales, revisiones de medicamentos y evaluaciones de crisis.

En resumen, el proceso implica sentarse frente a una computadora/tableta con cámara en el lugar donde tendrá su cita. A través de una línea de transmisión segura, su imagen y su voz se transmitirán a otro centro clínico remoto donde el proveedor del servicio, un terapeuta, médico, enfermera, enfermera de práctica avanzada u otro personal clínico lo verá y escuchará. El proveedor registrará la información que usted le proporcione en su expediente médico electrónico. Asimismo, podrá ver y oír a la persona que realiza la evaluación. Otro miembro del personal puede acompañarle en la sala durante la cita. Puede incluir a familiares o amigos en este proceso, siempre que estén presentes las autorizaciones correspondientes. Estos servicios no se graban.

Los riesgos asociados a esta práctica incluyen:

1. Aunque se hace todo lo posible para asegurar la confidencialidad dentro de los servicios tecnológicos, no puede garantizarse.
2. En algunas circunstancias, la tecnología puede verse interrumpida, lo que obligaría a cancelar la cita.
3. Es posible que sea necesario realizar otra cita presencial con otros miembros del personal para completar la cita.

Es posible que necesite tener contacto directo con su proveedor. Puede solicitar en cualquier momento una consulta directa con su proveedor o médico. Además, puede retirar su consentimiento para este servicio en cualquier momento. Los honorarios asociados con su tratamiento no se verán afectados por este servicio.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que un empleado de Cummins ha revisado conmigo la Introducción a los servicios virtuales y la Lista de verificación de seguridad. Entiendo los riesgos potenciales y acepto participar en los Servicios de Telesalud proporcionados por Cummins.

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor o del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_ El consentimiento de telemedicina se completó por medio de una videoconferencia o por teléfono durante la cuarentena por el coronavirus. El consumidor expresó verbalmente su comprensión y acuerdo con los términos aquí expuestos.