PEOPLE INCORPORATED
MENTAL HEALTH SERVICES

Consentimiento para servicios

Este consentimiento es aplicable a todos los programas, lugares y proveedores de People Incorporated donde yo (o mi hijo) pueda recibir cuidados ahora o en el futuro.

Consentimiento para tratamiento:
Entiendo que yo (o mi hijo) tengo (tiene) una enfermedad que requiere un diagnóstico y tratamiento. Tendré la oportunidad de analizar con el personal de People Incorporated que trabaja conmigo (o con mi hijo) el tratamiento que People Incorporated y su personal consideren necesario. Para brindar este cuidado, People Incorporated y su personal pueden recopilar información sobre mi salud (o la de mi hijo), incluida información como el historial de salud familiar. Ni la empresa ni su personal pueden prometer resultados específicos basados en el tratamiento propuesto; no obstante, People Incorporated y su personal responderán todas mis preguntas sobre el tratamiento. Puedo rechazar cualquier tratamiento recomendado si comunico esta decisión al personal que trabaja conmigo (o con mi hijo).

People Incorporated utiliza herramientas electrónicas seguras para ayudar a los proveedores a documentar la atención. En algunas situaciones, estas herramientas ayudan con la toma de notas y la documentación al resumir la información que se comenta durante un servicio. Estas herramientas respaldan a los proveedores, pero no reemplazan el criterio clínico ni la toma de decisiones. La participación es voluntaria y usted puede solicitar que no se utilicen estas herramientas durante una sesión. Rechazar el uso de estas herramientas no afectará su acceso a los servicios.

Cesión de beneficios del seguro y revelación de información para el pago:
People Incorporated puede facturar a mi seguro, y autorizo que los pagos de mi seguro por cualquier servicio que se me brinde a mí (o a mi hijo) se realice a People Incorporated.

Otorgo mi consentimiento y autorizo a People Incorporated a revelar información sobre mí, incluidos, entre otros, documentación de servicios de salud mental, notas respecto a mi evolución, estatus de admisión o de alta médica y estado de internación, a mi proveedor de seguros u otra entidad pagadora de los servicios que People Incorporated me preste (o que preste a mi hijo). Al otorgar mi consentimiento y autorizar a People Incorporated a revelar esta información, entiendo y acepto que esta información puede ser revelada al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, al Programa de Asistencia Médica Prepagada de organizaciones de cuidado administrado, a agencias de servicios sociales del condado, Medicare, entidades comerciales de seguros de salud y otras entidades similares o relacionadas.

Además, autorizo a People Incorporated para apelar ante el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota o cualquier otra entidad de supervisión reglamentaria que corresponda, cualquier denegación de reclamación por los servicios que People Incorporated me haya brindado (o que haya brindado a mi hijo).

Responsabilidad de pago y asistencia financiera:
Entiendo que, si bien People Incorporated hará todo lo posible por facturar a mi seguro por los

servicios que me presten (o a que presten a mi hijo), soy responsable en última instancia del pago de todos los cargos por los servicios brindados por People Incorporated, incluidos los copagos, deducibles, coseguro, mi responsabilidad financiera del costo (equivalente al exceso de mis ingresos del límite máximo elegible para Medicaid o *spend-down*) o cualquier servicio no cubierto por mi plan de salud. Entiendo que cualquier acceso futuro a los servicios de People Incorporated puede ser interrumpido debido al no pago de estos cargos.

Si no tengo la capacidad de pagar estos cargos, puedo notificar al personal de People Incorporated en cualquier momento y ellos me ayudarán a identificar opciones que puedan permitirme (o permitir a mi hijo) continuar recibiendo servicios, lo que puede incluir uno o más tipos de ayuda económica dependiendo de mi situación actual.

Preocupaciones y revocación:
Si tengo preguntas o preocupaciones con respecto a este consentimiento, puedo abordarlas con el miembro del personal de People Incorporated que me entregó este formulario. Las autorizaciones provistas en este formulario no caducarán en una fecha específica y continuarán para siempre, a menos que yo las revoque mediante el envío de una solicitud por escrito a:

People Incorporated
Attn: Legal and Compliance
3000 Ames Crossing Road, Suite 600
Eagan, MN 55121

No obstante lo anterior, cualquier acción que se haya realizado mientras mi consentimiento o autorización estaba en vigor seguirá siendo válida (no se puede deshacer).

Mediante mi firma abajo, otorgo mi consentimiento y autorización de conformidad con lo descrito anteriormente:

Nombre del cliente en letra imprenta **Fecha de nac.**

Firma del cliente **Fecha**

Si un padre/madre o tutor firma en nombre de un cliente, complete la siguiente información:

Nombre del padre/madre (con y sin la custodia) o tutor en letra imprenta

Firma del padre/madre (con y sin custodia) o tutor **Fecha**