

Consentimiento Informado: Privacidad, Análisis Y Pago

Por favor, escriba sus iniciales en la línea proporcionada al lado de cada sección.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD HIPPA

_____ He recibido la información relativa a la política de privacidad de Piece By Piece: Neurobehavioral Services. Concedo Piece By Piece: Neurobehavioral Services para comunicar información médica pertinente y anuncios de la práctica conmigo por teléfono, correo postal y correo electrónico. Entiendo que ninguna información personal se divulgará a personas externas sin mi consentimiento expreso por escrito, de acuerdo con la ley federal.

PROCESO DE LA EVALUACION

_____ Las pruebas psicológicas o neuropsicológicas son un proceso de varios pasos:

1. Inicialmente, hablará con el médico para una entrevista para determinar las preocupaciones actuales y coleccionar información sobre tu historial.
2. Luego, el médico seleccionará una serie de pruebas, actividades interactivos y formularios de calificación, y administrará las tareas directamente o con el uso de un técnico altamente capacitado.
3. Luego, los resultados se comparan con otros de edad, sexo y educación similares.
4. El informe lo escribe el médico.
5. Los resultados y el informe se revisan y se ofrecen durante una sesión de seguimiento, generalmente dentro de las 2 a 3 semanas posteriores a la fecha de la prueba.

Las pruebas no garantizan un resultado o un diagnóstico.

ACUERDO DE PAGO DE SERVICIOS

_____ Las pruebas cuestan aproximadamente \$4000. Si usa un seguro, su compañía de seguros tiene un precio reducido negociada y probablemente cubrirá la mayoría de las pruebas una vez que alcance su deducible. El coaseguro, los copagos y las pruebas académicas generalmente no están cubiertos por las compañías de seguros. **ES SU RESPONSABILIDAD CONOCER SU PÓLIZA DE SEGURO.** Antes de comenzar, sus beneficios serán revisados y explicados como cortesía. Sin embargo, eso no es una garantía de cobertura y se le recomienda que se comunique directamente con su compañía de seguros para confirmar sus beneficios. La firma indica que ha leído y comprende su seguro de responsabilidad.

_____ Los pagos pendientes deberán pagarse antes de que finalice la evaluación. Puede pagar su porción anticipada o esperar hasta que el seguro haya pagado para obtener los resultados finales. Tenga en cuenta que **DEBEMOS HACER ESTO PARA CUMPLIR CON LAS REGLAS DE SU SEGURO.** Si no cobramos el pago completo, se considera fraude de seguro. Se pueden proporcionar resultados preliminares si es necesario para guiar el tratamiento. La firma indica que comprende que su informe no se finalizará hasta que se paguen todas las estimaciones de pago.

_____ Ley sin sorpresas: Si NO usa seguro, los precios de pago por cuenta propia para evaluaciones neuropsicológicas completas son de \$2600 sin pruebas académicas y \$3000 con pruebas académicas completas. Hay una escala móvil disponible y los precios se pueden ajustar según la edad y los servicios solicitados. Si se produce un cambio en el precio, las costas se determinarán y confirmarán por correo electrónico antes de que comience la prueba.

_____ Acepto pagar por los servicios recibidos. Asumo la responsabilidad de cualquier precio que el seguro no cubra debido al deducible, copagos o coaseguro o falta de cobertura de seguro al momento de la prueba. Acepto permitir que Anthony Tucci PHD divulgue información pertinente a terceros para los pagos.

_____ Acepto usar mi tarjeta de crédito registrada para cubrir los copagos, y los copagos se cargarán automáticamente después de cada reunión correspondiente. Si, luego de enviar a mi seguro y devolver una explicación de los beneficios, el seguro no paga una parte debido al coaseguro o al deducible no alcanzado, autorizo a que se cargue mi tarjeta registrada.

*En el caso de que no haya alcanzado mi deducible y/o el seguro no cubra las pruebas (parcial o totalmente), prefiero realizar los pagos (iniciales al lado de una sola opción):

_____ Antes de mi seguimiento con el medico

_____ Después de que la clínica reciba el pago final del seguro

_____ **AVISO DE NO PRESENTACIÓN:** Acepto llamar al 630.705.3060 al menos 24 horas antes de mi cita para cancelar o cambiar el día de la cita si es necesario. Dado que la cita para la prueba toma la mayor parte del día y se reservará una hora específicamente para mí o mi familiar, acepto que si cancelo mi cita con menos de 24 horas antes de que comience la prueba o si no voy a mi cita, a mi tarjeta registrada se le cobrará un cargo de \$200 por cancelación tarde/ausencia. Si ocurre una verdadera emergencia o enfermedad, esa costa puede aplicarse a una cita posterior o devolver con la documentación de la enfermedad o emergencia.

_____ **PRUEBAS ACADÉMICAS:** Las compañías de seguros NO consideran que las pruebas académicas sean médicamente necesarias. Si se necesitan o solicitan pruebas académicas, habrá un gasto de bolsillo adicional de \$200 para una evaluación breve a \$400 para una evaluación académica completo.

Nombre

Firma

Fecha