

Nombre del \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**Por favor inicial 1-4, que corresponde con su firma a continuación para indicar comprensión y consentimiento:**

1. \_\_\_\_\_ Yo he revisado una copia del aviso de práctica de privacidad de HIPPA & formularios de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_ Yo rechacé la recepción de una copia física

2. \_\_\_\_\_ Yo comprendo el servicio que se proporcionará y consentir el tratamiento.

3. \_\_\_\_\_ Yo autorizo a Nexus-FACTS liberar a/intercambiar a/la información con los siguientes a continuación:

Seguro Primario :	_____	Grupo #:	_____	Póliza#:	_____
Nombre del titular de la póliza:	_____			FDN:	_____
Seguro Secundario :	_____	Grupo #:	_____	Póliza #:	_____
Nombre del titular de la póliza:	_____			FDN:	_____

Yo presente autorizo el pago directamente a Nexus-FACTS los beneficios a través de mi compañía de seguros, pero no exceder los cargos regulares de proveedores por el período de tratamiento. Yo presente autorizo mi compañía de seguro para liberar toda la información necesaria a Nexus-FACTS para asegurar el pago de beneficios y enviar declaraciones de pacientes por correo. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

4. \_\_\_\_\_ Yo comprendo que soy financieramente responsable a Nexus-FACTS por todos los cargos no cubiertos por mis beneficios actulas y todos los cagos de deben al momento del servicio. Yo comprendo que Nexus-FACTS tiene el derecho para buscar un recurso legal para recuperar cualquier saldo sin pago. La aplicación de estas medidas, el/la terapeuta solo revelará información biográfica y la cantidad adeudada para garantizar la confidencialidad.

**Usted es responsable de informar a Nexus-FACTS sobre cualquier cambio de seguro o pérdida de cobertura. Si asegura servicios sin soberura, es su responsabilidad pagar a Nexus-FACTS por los servicios recibidos.**

Si tiene preguntas sobre facturación/obligaciones del seguro, por favor contacte a nuestro departamento de facturación al 651-379-9800 ext. 201.

Esta autorización expira automáticamente en un año a menos indique una fecha de vecimiento anterior: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor(si es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

We made the following efforts to obtain written acknowledgement of receipt of the *Notice of Privacy Practices*:

Acknowledgement could not be obtained because (please check appropriate box):

Individual refused to sign  Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement Other: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_