

5975 Parkway North Blvd., Suite D  
Cumming, GA 30040  
(p) 404-388-3909  
(f) 678-712-1945

3060 Kimball Bridge Rd., Suite 110  
Alpharetta, GA 30022  
www.focusforwardcc.com  
info@focusforwardcc.com

## **Información, Autorización y Consentimiento para Tratamiento**

Este aviso describe nuestras políticas y procedimientos, y explica cómo su información psicológica y médica puede ser utilizada y divulgada, así como la manera en que usted puede acceder a dicha información. Por favor, léalo cuidadosamente.

Bienvenido/a a Focus Forward Counseling and Consulting, Inc. (FFCC). Este documento tiene como finalidad ofrecerle una visión general de lo que puede esperar de su experiencia en FFCC. Este documento funciona como **consentimiento informado**, una parte fundamental de la prestación ética y responsable de servicios de consejería y salud mental. Es importante que los/las clientes tomen decisiones informadas sobre su experiencia terapéutica, y esperamos que usted esté plenamente informado/a sobre todas las partes de su tratamiento. Si en cualquier momento tiene preguntas o comentarios relacionados con su consejería, por favor exprese los.

### **Enfoques Teóricos y Participación del/la Cliente**

El cambio ocurre dentro del contexto de una alianza terapéutica, y los resultados positivos suelen requerir una relación de trabajo sólida entre el/la cliente y el/la clínico/a. La investigación ha demostrado consistentemente que la alianza terapéutica es un fuerte predictor del cambio en consejería. Ambas partes tienen la responsabilidad de promover resultados positivos. Los/las clínicos/as deben adherirse a un estricto código de ética que incluye promover la autonomía del/la cliente, cumplir las promesas hechas al/la cliente, trabajar hacia resultados beneficiosos, evitar daño y promover la justicia. Como cliente, es útil que usted adopte un rol activo en su proceso terapéutico. Esto incluye asistir regularmente a las citas programadas y realizar un esfuerzo de buena fe para trabajar los temas terapéuticos dentro y fuera de las sesiones. Esto incluye abstenerse del consumo de sustancias que alteren la mente durante al menos ocho (8) horas antes de sus sesiones. La consejería se basa en una premisa simple: cuanto más energía esté dispuesto/a a invertir en el proceso, mayor será la probabilidad de obtener resultados positivos.

### **Registros y confidencialidad**

Sus comunicaciones con su clínico/a pasarán a formar parte de un registro clínico de tratamiento y se consideran **Información de Salud Protegida** (Protected Health Information). Su clínico/a mantendrá confidencial todo lo que usted diga, con las siguientes excepciones: (1) usted indica a su clínico/a que divulgue información a otra persona y firma un formulario de "Autorización para divulgar información" (Release of Information); (2) su clínico/a determina que usted representa un peligro para sí mismo/a o para otros; (3) usted reporta información relacionada con abuso o negligencia de un/a menor, una persona mayor o una persona con discapacidad que pueda requerir protección; o (4) un/a juez/a ordena la divulgación de información.

En este último caso, la licencia profesional de su clínico/a le permite sostener lo que legalmente se denomina "comunicación privilegiada". La comunicación privilegiada es su derecho como cliente a mantener una relación confidencial con un/a psicólogo/a o clínico/a. Si por alguna razón inusual un/a juez/a ordenara la divulgación de su información privada, esa orden puede ser apelada. No podemos garantizar que la apelación sea aprobada.

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

Como parte de un equipo de tratamiento multidisciplinario, valoramos la colaboración entre los/las profesionales que trabajan dentro de FFCC. De vez en cuando, revisaremos casos y realizaremos consultas entre colegas para ayudar a los/las clínicos/as a obtener mayor comprensión de las necesidades de sus clientes, con el fin de promover resultados clínicos más efectivos. Todos los miembros clínicos de FFCC están obligados a cumplir las mismas normas estrictas de confidencialidad que su clínico/a individual. Si pareciera ser de su mejor interés colaborar con personas que no están directamente afiliadas a FFCC, le pediremos su consentimiento para comunicarnos con ellas mediante una autorización para divulgar información; usted siempre tiene la opción de rechazar la solicitud.

Por favor tenga en cuenta que, en consejería de pareja, su clínico/a no acepta guardar secretos. La información revelada en cualquier contexto puede ser discutida con cualquiera de los/las miembros de la pareja. Los registros no se divulgarán a ninguno/a de los/las miembros de la pareja sin el consentimiento firmado de ambas personas. Asimismo, su clínico/a no divulgará información en nombre de cualquiera de las partes sin el consentimiento de ambos/as.

Si tiene preguntas sobre la confidencialidad, por favor pregunte.

### **Seguro de Salud Mental**

*Para facturar a su compañía de seguros, FFCC debe proporcionar un diagnóstico psiquiátrico en su nombre.*

La divulgación de información confidencial puede ser requerida por su aseguradora o por su HMO/PPO/MCO/EAP para procesar reclamaciones; en algunos casos pueden solicitarse antecedentes de su caso, un plan de tratamiento y otra información; en casos poco frecuentes, la aseguradora puede solicitar una copia de su expediente completo de consejería. FFCC no tiene control ni conocimiento sobre lo que las compañías de seguros hacen con la información enviada o quién tiene acceso a ella. Usted debe ser consciente de que presentar una factura de salud mental para reembolso conlleva cierto riesgo para la confidencialidad, la privacidad o la capacidad futura de obtener seguros de salud o de vida.

Cuando usted solicita seguro de vida, salud o discapacidad, la compañía reporta a MIB y recibe cualquier información que MIB tenga sobre usted. Las condiciones psiquiátricas pueden afectar su asegurabilidad futura o su admisión al servicio militar.

Le recomendamos sopesar cuidadosamente los beneficios económicos de usar el seguro frente a los riesgos de privacidad que surgen al compartir la información descrita. Usted mantiene mucho mayor control sobre detalles potencialmente sensibles de su vida pagando los servicios de manera privada.

Finalmente, FFCC realiza esfuerzos de buena fe para verificar su cobertura y autorizar sus visitas. Aunque intentaremos ser de ayuda y podemos participar en su plan, su plan de beneficios de salud determina su cobertura y cualquier requisito de autorización previa o referencia establece el límite de cobertura para servicios de salud mental. No podemos conocer los beneficios y exclusiones de cada póliza. Es su responsabilidad conocer y comprender su cobertura y beneficios, incluyendo deducibles, copagos y/o coseguro. Aun cuando Focus Forward verifique elegibilidad y/o beneficios, su plan no garantiza la exactitud. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, recibimos información incorrecta de las aseguradoras con frecuencia. Por ello, es de su mejor interés comunicarse con su aseguradora para confirmar que la información de verificación sea correcta. En última instancia, usted es responsable del pago.

### **Estructura y Costo de las Sesiones /Honorarios**

Su clínico/a acuerda brindar consejería con los siguientes honorarios: \$170 por sesión de 45–50 minutos, \$200 por sesión de 75 minutos y/o \$110 por sesión grupal de 90 minutos, a menos que usted o su aseguradora negocien lo contrario. Realizar consejería por teléfono no es lo ideal, y la necesidad de hablar con su clínico/a entre sesiones puede indicar que usted probablemente requiere apoyo adicional. Si ese es el caso, usted y su clínico/a deberán considerar agregar sesiones o desarrollar otros recursos disponibles. Los honorarios deben pagarse al inicio de cada sesión. Se aceptan transferencias ACH, efectivo, cheques personales, tarjetas de débito

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

y tarjetas de crédito. Se puede proporcionar un recibo de pago si usted lo solicita. El recibo también puede usarse como comprobante para el seguro si aplica. Hay un cargo de \$25 por cheques devueltos y un cargo de \$10 por devoluciones de ACH y reversiones de pago.

### **Política de Cobro**

Debido a costos de facturación, habrá un cargo de servicio de \$10 por no pagar el copago al momento del servicio. Es nuestra política cobrar todas las deudas, incluyendo cheques sin fondos, y nos reservamos el derecho de utilizar una agencia de cobranza para recuperar saldos pendientes y el derecho de terminar los servicios. Pueden incurrirse honorarios razonables de cobranza y/o de abogado para recuperar saldos no pagados. Si un saldo se envía a cobranza, usted será responsable de las tarifas de cobranza. En caso de utilizar servicios de cobranza, no se garantiza la protección de información privada.

### **Política para Cancelación Tardía / Sesión perdida**

Si usted no puede asistir a una cita de consejería, debe notificar a su terapeuta con al menos dos (2) días hábiles de anticipación. Si no se recibe dicho aviso, usted será responsable financieramente por la sesión perdida. Tenga en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan sesiones perdidas y se le cobrará \$95. Agradecemos su comprensión y le damos las gracias de antemano por respetar el tiempo de su terapeuta.

Debido a normas de licenciamiento, tenga en cuenta que no podemos realizar una sesión si usted no se encuentra físicamente dentro del estado de Georgia en el momento de su cita. Si usted se conecta desde otro estado, la sesión será cancelada y se le cobrará por la cita perdida.

### **Política por Cancelación Tardía / Cita Perdida Para Evaluaciones Psicológicas**

Los servicios de consulta y administración de pruebas requieren reservar una cantidad significativa de tiempo. Requerimos que la sesión inicial (intake), las citas presenciales de evaluación y las sesiones de devolución de resultados se paguen mediante un depósito anticipado. Si usted no puede asistir a una cita, debe notificar a su clínico/a con al menos dos (2) días hábiles de anticipación. Si no se recibe dicho aviso, usted será responsable del tiempo reservado. Para sesiones de intake y de devolución de resultados (1 hora), la tarifa por cancelación tardía/cita perdida es de \$95. Dado que la evaluación psicológica y educativa requiere bloques de tiempo más extensos, las tarifas por cancelación tardía y cita perdida son: Academic Screener – \$150; Evaluación Psicológica General – \$250; Evaluación de TDAH/ADHD – \$250; Evaluación Psicoeducativa – \$500.

### **Informes y Cartas**

Con gusto podemos proporcionar un informe escrito, una carta u otra correspondencia a su solicitud. En la mayoría de los casos, los informes deben pagarse por adelantado. Por favor, converse esta política con su clínico/a.

### **Mantenimiento de Registros**

Si usted solicita que copiemos registros para enviarlos a otro/a profesional, hay un cargo mínimo de \$45 (pagado por adelantado) por este servicio. El cargo puede ser mayor dependiendo del tamaño del expediente.

### **En Caso de Emergencia**

FFCC es una clínica ambulatoria y está diseñada para atender a personas que se encuentran razonablemente seguras y con recursos. No estamos disponibles en todo momento. Si en algún momento siente que este nivel de apoyo no es suficiente, por favor informe a su clínico/a para discutir recursos adicionales o la transferencia de su caso a un médico o clínica con disponibilidad 24 horas. Por lo general, su clínico/a devolverá llamadas dentro de 24-48 horas. Si usted tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos no esperar una llamada de regreso, sino tomar uno o más de los siguientes pasos:

- Llame a Ridgeview Institute al 770.434.4567 o a Peachford Hospital al 770.454.5589.
- Llame a Georgia Crisis and Access Line al 1.800.715.4225.
- Llame al 911.

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

- Acuda a la sala de emergencias más cercana.

### **Relación Profesional**

La consejería es un servicio profesional que le brindaremos. Debido a la naturaleza de la consejería, su relación con su clínico/a debe ser diferente de la mayoría de las relaciones. Puede diferir en su duración, objetivos o temas discutidos. También debe limitarse exclusivamente a la relación de clínico/a y cliente. Si usted y su clínico/a interactuaran de otras maneras, existiría una “relación dual”, lo cual podría ser perjudicial para usted a largo plazo y podría considerarse poco ético dentro de la profesión de salud mental.

Las relaciones duales pueden generar conflictos entre los intereses del/la clínico/a y los intereses del/la cliente; como resultado, los intereses del/la cliente (los suyos) podrían no priorizarse. Para ofrecer a todos/as nuestros/as clientes la mejor atención, el juicio clínico debe ser desinteresado y centrado únicamente en sus necesidades. Por ello, su relación con su clínico/a debe mantenerse profesional.

También existen diferencias importantes entre la consejería y la amistad. Los amigos pueden ver su situación únicamente desde sus puntos de vista y experiencias personales. Pueden querer soluciones rápidas y sencillas para sentirse útiles; estas soluciones a corto plazo pueden no ser lo mejor para usted a largo plazo.

Por lo general, los amigos no dan seguimiento para ver si su consejo fue útil y pueden necesitar que usted haga lo que ellos recomiendan. Un/a clínico/a le ofrece opciones y le ayuda a elegir lo mejor para usted. Un/a clínico/a le ayuda a aprender a resolver problemas y tomar mejores decisiones. Las respuestas del/la clínico/a se basan en teorías y métodos de cambio probados.

También debe saber que los/las clínicos/as están obligados/as a mantener en secreto la identidad de sus clientes. Para proteger su confidencialidad, él/ella no le saludará en público a menos que usted le hable primero. Su clínico/a también debe rechazar invitaciones para asistir a reuniones con su familia o amigos. Finalmente, cuando su consejería concluya, su clínico/a no podrá ser su amigo/a como lo son sus otras amistades. En resumen, es deber de su clínico/a mantener siempre un rol profesional. Estas pautas no pretenden ser descortesías; existen estrictamente para su protección a largo plazo.

### **Declaración Sobre Redes Sociales y Comunicaciones Electrónicas**

Tenga en cuenta que los/las clínicos/as no aceptan solicitudes en redes sociales ni en LinkedIn. Esto no es algo personal. Como se indicó anteriormente, intentamos evitar relaciones duales cuando sea posible. Si usted decide seguir nuestras páginas comerciales en redes sociales, puede hacerlo; sin embargo, estas páginas son públicas y no podemos garantizar la confidencialidad de su información.

Es importante saber que las computadoras y el correo electrónico pueden ser relativamente fáciles de acceder por personas no autorizadas y, por lo tanto, pueden comprometer la privacidad y confidencialidad de dichas comunicaciones. Los faxes pueden enviarse erróneamente a una dirección incorrecta. En particular, los correos electrónicos son vulnerables al acceso no autorizado porque los servidores de Internet tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos que pasan por ellos. También es importante que usted sepa que los correos electrónicos, faxes y mensajes de texto relevantes forman parte del expediente médico. Además, los correos y mensajes de texto de su terapeuta no están cifrados. Las computadoras de su terapeuta cuentan con firewall, protección antivirus y contraseña, y también realiza respaldos regulares de información confidencial. Por favor, informe a su terapeuta si decide evitar o limitar el uso de dispositivos de comunicación como correo electrónico, teléfono celular, textos o fax.

Si usted comunica información confidencial o privada por correo electrónico o mensajes de texto, su terapeuta asumirá que usted ha tomado una decisión informada, considerará que usted acepta el riesgo de que dicha comunicación pueda ser interceptada y respetará su deseo de comunicarse de ese modo. A menos que acordemos lo contrario, por favor no use correo electrónico, textos, mensajes de voz o faxes para emergencias. Al aceptar este consentimiento informado, usted nos autoriza a enviarle mensajes de texto relacionados con

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

citas, renovaciones y otra información relacionada con su cuenta.

Usted puede cancelar este servicio en cualquier momento enviando la palabra STOP a cualquier mensaje.

La terapia es un encuentro privado. Le solicitamos que se abstenga de grabar las sesiones sin el consentimiento de su terapeuta. La violación de esta solicitud resultará en la terminación de los servicios.

### **Declaración sobre Ética, Bienestar del/la Cliente y Seguridad**

FFCC le asegura que nuestros servicios se brindarán de manera profesional y consistente con los estándares éticos de la American Psychological Association y la American Counseling Association. En ocasiones, su clínico/a puede utilizar intervenciones terapéuticas que incluyan ejercicios experienciales. Cualquier intervención o proceso es completamente voluntario y puede interrumpirse en cualquier momento. Sin embargo, es su responsabilidad comunicar sus sentimientos a su clínico/a para que él/ella pueda respetar su decisión. Si en algún momento siente que su clínico/a no está actuando de manera ética/profesional, le solicitamos que se lo comunique de inmediato.

No podemos garantizar resultados específicos respecto a sus objetivos terapéuticos. No obstante, trabajaremos para lograr los mejores resultados posibles para usted. Tenga en cuenta que los cambios realizados en consejería pueden afectar a otras personas en su vida (por ejemplo, un aumento en su asertividad puede no ser bien recibido por otras personas). Nuestra intención es ayudarlo a manejar los cambios en sus relaciones interpersonales, pero es importante que usted esté al tanto de esta posibilidad. Además, a veces las personas se sienten algo peor al iniciar la consejería antes de comenzar a sentirse mejor. Esto puede ocurrir al hablar sobre áreas sensibles de su vida. Sin embargo, un tema normalmente no es sensible a menos que requiera atención. Por lo tanto, identificar el malestar puede ser, en realidad, un éxito. Una vez que usted y su clínico/a definan sus necesidades específicas y los métodos que mejor funcionan para usted, por lo general la ayuda está en camino. Esperamos sinceramente acompañarle en su proceso terapéutico. Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este documento, por favor pregunte a su clínico/a.

### **Responsabilidad de Padres/Madres o Tutores/as**

Por favor, planifique permanecer en el lugar durante la cita de su hijo/a. Esto ayuda a garantizar la seguridad del/la menor en caso de una situación de emergencia.

### **Divulgación HIPAA**

Estoy al tanto de la Divulgación HIPAA disponible en el sitio web de Focus Forward Counseling (sección Forms/Formularios). Asimismo, entiendo que puedo solicitar una copia física de la Divulgación HIPAA.

### **Consentimiento informado para telepsicología**

Este Consentimiento Informado para Telepsicología contiene información importante sobre la prestación de psicoterapia mediante una plataforma de videoconferencia compatible con HIPAA. Por favor, léalo cuidadosamente y háganos saber si tiene preguntas. Al firmar este documento, se considerará un acuerdo entre usted y su clínico/a.

### **Beneficios y Riesgos de la Telepsicología**

La telepsicología se refiere a la prestación remota de servicios psicoterapéuticos mediante tecnologías de telecomunicación, como videoconferencias. Un beneficio es que el/la paciente y el/la clínico/a pueden participar en el servicio sin estar en el mismo lugar físico. Esto puede ayudar a asegurar continuidad de atención si el/la cliente o el/la clínico/a se muda, toma vacaciones prolongadas o no puede reunirse en persona. También puede ser más conveniente y ahorrar tiempo. Sin embargo, la telepsicología requiere competencia técnica de ambas partes para ser útil. Aunque existen beneficios, hay diferencias entre la psicoterapia presencial y la telepsicología, así como algunos riesgos. Por ejemplo:

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

– **Riesgos para la confidencialidad.** Debido a que las sesiones ocurren fuera del consultorio privado del/la terapeuta, existe la posibilidad de que otras personas escuchen si usted no se encuentra en un lugar privado durante la sesión. De mi parte, tomaré medidas razonables para garantizar su privacidad. No obstante, es importante que usted asegure un lugar privado donde no sea interrumpido/a. También es importante que proteja la privacidad de la sesión en su dispositivo. Usted debe participar en terapia únicamente en una habitación o área donde no haya otras personas presentes y no puedan escuchar la conversación.

– **Asuntos relacionados con la tecnología.** Hay muchas formas en que los problemas tecnológicos pueden afectar la telepsicología. Por ejemplo, la tecnología puede dejar de funcionar durante una sesión o, aunque es poco probable, otras personas podrían obtener acceso a una conversación privada. La razón por la que esto es altamente improbable es que la plataforma de videoconferencia utiliza cifrado de extremo a extremo, de modo que solo usted y yo tenemos acceso cuando estamos conectados/as juntos/as.

– **Manejo de crisis e intervención.** Por lo general, no realizaré telepsicología con clientes que se encuentren en una crisis que requiera altos niveles de apoyo e intervención. Antes de iniciar telepsicología, desarrollaremos un plan de respuesta de emergencia para abordar posibles situaciones de crisis que puedan surgir durante nuestro trabajo de telepsicología.

– **Eficacia.** La mayoría de la investigación muestra que la telepsicología es, en general, tan efectiva como la psicoterapia presencial. Sin embargo, algunos/as terapeutas consideran que se pierde algo al no estar en la misma sala. Por ejemplo, existe debate sobre la capacidad del/la terapeuta para comprender completamente información no verbal cuando se trabaja de forma remota.

### **Confidencialidad**

Tengo la responsabilidad legal y ética de realizar mis mejores esfuerzos para proteger todas las comunicaciones que formen parte de nuestra telepsicología. Sin embargo, la naturaleza de las tecnologías de comunicación electrónica es tal que no puedo garantizar que nuestras comunicaciones se mantengan confidenciales o que otras personas no puedan obtener acceso, aunque sea poco probable dado el uso de la plataforma. Cuento con un acuerdo de asociado comercial (Business Associate Agreement) con el servicio de videoconferencia para mantener la confidencialidad de estas sesiones.

### **Preparación para Sesiones de Telepsicología**

Las sesiones deben realizarse desde un lugar fijo y privado. No podremos realizar una sesión si usted está dentro de un vehículo en movimiento. Por su privacidad, recomendamos no unirse a una sesión en presencia de otras personas.

### **Apropiación de la Telepsicología**

Si surge una situación en la que se indique una sesión presencial, organizaré verlo/la en persona en la oficina de la práctica y/o solicitaré que un/a colega tenga una sesión consultiva con usted. Si los servicios de telepsicología ya no son lo mejor para usted, discutiremos opciones para consejería presencial con un/a colega dentro de la práctica.

Evaluar y valorar amenazas y otras emergencias puede ser más difícil en telepsicología que en terapia tradicional presencial. Para abordar estas dificultades, crearemos un plan de emergencia antes de iniciar telepsicología. Le pediré que identifique una persona de contacto de emergencia que esté cerca de su ubicación y a quien contactaré en caso de crisis o emergencia para ayudar a manejar la situación. También le pediré que firme una autorización por separado que me permita contactar a dicha persona cuando sea necesario.

Si la sesión se interrumpe por cualquier razón (por ejemplo, falla de conexión) y usted está teniendo una emergencia, no me llame de regreso; en su lugar, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Después de obtener servicios de emergencia, comuníquese conmigo.

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**

Si la sesión se interrumpe y usted no está teniendo una emergencia, desconéctese de la sesión y yo esperaré dos (2) minutos y luego volveré a contactarle mediante la plataforma acordada. Si usted no recibe una llamada de regreso dentro de dos (2) minutos, por favor comuníquese conmigo a mi número telefónico directo.

Debido a normas de licenciamiento, tenga en cuenta que no podemos realizar una sesión si usted no se encuentra físicamente dentro del estado de Georgia en el momento de su cita. Si intenta unirse a la sesión desde otro lugar, la sesión deberá cancelarse y se le cobrará por la cita perdida.

### **Honorarios**

Se aplicarán las mismas tarifas para telepsicología que para psicoterapia presencial. Sin embargo, el seguro u otros proveedores de atención administrada pueden no cubrir sesiones realizadas por telecomunicación. Si su seguro, HMO, tercero pagador u otro proveedor no cubre sesiones de psicoterapia electrónica, usted será el/la único/a responsable del costo total de la sesión. En Georgia, parece que muchas aseguradoras probablemente cubrirán esta terapia; sin embargo, solo lo sabremos de forma definitiva después de presentar el estado de cuenta por los servicios prestados a su seguro.

### **Política de Conducta**

Acepto ser cordial y tratar a todos los empleados de Focus Forward con respeto. Entiendo que si actúo de manera amenazante o abusiva hacia cualquier miembro del personal, Focus Forward se reserva el derecho de discontinuar los servicios.

### **ACEPTACIÓN DE POLÍTICAS, CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

He leído y entiendo el contenido de este formulario y acepto las políticas de mi relación con mi clínico/a, y autorizo a mi clínico/a a iniciar tratamiento conmigo. Además, FFCC puede presentar reclamaciones en mi nombre para el pago de servicios con mi compañía de seguros y recibir el pago directamente por dichos servicios. Acepto que FFCC puede divulgar cualquiera y todos los registros a mi compañía de seguros o pagador según se solicite para el procesamiento de mi reclamación por servicios.

Por favor imprima, feche, y firme su nombre a continuación indicando que ha leído y entendido el contenido de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la cliente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del/la cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Si aplica:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor/a legal (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor, ponga sus iniciales indicando que ha leído esta página:\_\_\_\_\_**