



**Autorización para divulgar información médica protegida a un tercero,
Consentimiento para el tratamiento y Consentimiento para la responsabilidad financiera**

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para recibir atención de Headway Emotional Health Services. He revisado y firmado el Acuerdo de Consentimiento Informado para la Terapia y entiendo que tengo derecho a (i) tomar decisiones sobre mi atención médica, (ii) rechazar la atención y (iii) revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la atención ya haya sido proporcionada.

Responsabilidad financiera

Garantía de pago: Estoy de acuerdo en que soy responsable ante Headway Emotional Health Services por los cargos resultantes de los servicios prestados. Autorizo a Headway y a sus agencias relacionadas a comunicarse conmigo por teléfono celular o cualquier otro teléfono que haya proporcionado como mi información de contacto, o cualquier número asignado a mí que esté disponible al público. Además, autorizo a Headway y a sus agencias relacionadas a comunicarse conmigo a la dirección de correo electrónico proporcionada o a través de mensajes de texto para propósitos de pago y/o cualquier asunto relacionado con su cuenta.

Asignación de beneficios: Por la presente cedo todos los derechos y privilegios y autorizo el pago directamente a Headway por cualquier reclamo presentado en mi nombre o en nombre de la persona por la cual estoy debidamente autorizado a firmar para los beneficios del seguro. También entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación o no pagados oportunamente por la Compañía de Seguros.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas y sus obligaciones financieras, póngase en contacto con nuestro departamento de facturación en el 651-352-6357 o por correo electrónico en headwaybilling@tnthbs.com.

Mi firma a continuación es una autorización para la divulgación de cualquier información de salud necesaria para procesar la reclamación de beneficios. Se entiende que cualquier divulgación de información de salud sigue las normas establecidas por la HIPAA y la Ley de Privacidad de Datos. Autorizo el pago de todas las prestaciones directamente a Headway Emotional Health. Reconozco que he leído, entendido y aceptado lo anterior.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

****Si el cliente es menor de edad o no es responsable del pago de la factura, por favor complete la siguiente información****

Nombre del responsable del pago: _____

Relación con el Cliente: _____

Firma del responsable: _____ FECHA: _____