

SERVICIOS MENTALES DE BEAR RIVER, INC. **FORMA DE ADMICION DEL CLIENTE**

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de Cuenta: _____
Dirección: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Numero de Teléfono: _____ Numero de Teléfono Alternativo: _____ #de SS: _____

***Documento de la corte demostrando la custodia legal si el niño es de padres divorciado, separado, de padre soltero o madre soltera O prueba de la tutela. Recibido: No _____ Si _____

***¿La clienta tiene una directiva anticipada? No _____ Sí _____ Si es así, pida que el cliente traiga la copia a la proxima cita.

NOMBRE DEL TITULAR DE SEGURO _____ Dirección _____
Fecha de nacimiento _____ # de Seguro Social _____ Sexo _____ Relacion con el cliente _____
de Poliza _____ Grupo # _____ Fecha cuando comenzó la cobertura _____

COSTOS DE SERVICIOS Y COPAGOS – Servicios de Bear River Mental Health, Inc. Es una compañía sin fines de lucro. Los costos se basan en costos actuales y son sujetos a cambios constantes. El pago para servicios puede depender según su estado particular de pago: 1) Medicaid: Para quienes son elegibles y están recibiendo Medicaid, Medicaid pagara por todos los servicios del cliente. 2) Para clientes que se encuentran en una de las poblaciones especiales definidos por nuestro centro (por ejemplo, los clientes que participan en la corte de salud mental reconocido como mental health court, clientes con compromiso civil y los clientes que son becados por algún otorgamiento) son elegibles para una tarifa reducida sobre la base del totalidad de ingresos mensuales del hogar. 3) Clientes con seguro privado deben pagar sus co-pagos y deducibles en la cantidad determinada por sus aseguranza. 4) Clientes de pago privado que no cumplen con la gravedad del estado, tienen que pagar el costo total de los servicios. Nuestro centro puede ayudar en hacerle una factura a su compañía de seguros si es aplicable. **Su pago, copago, o tarjeta de Medicaid son necesarios antes de recibir cualquier servicio.** En ningún momento será permitido que su copago y pago de aseguranza excedan el costo total de servicios actuales. Se le cobrara el costo total si: 1) Usted no vive en los municipales de Cache, Box Elder, o Rich; 2) Su aseguranza no cubre los servicios que reciba; 3) Usted no permite que nosotros le cobremos a su compañía de seguros; 4) Usted no cumple con la criteria de gravedad del Estado de Utah. **Nota:** No siempre podemos decidir el pago antes de recibir servicios, **por eso usted es responsable por el pago total de servicios**, que puede o no puede compensarse con Medicaid, seguro privado, o con una tarifa reducida sobre la base de totalidad de ingresos mensuales del hogar. Yo entiendo que mi cuenta puede ser referida a una agencia de colección si los pagos son tardes más de 60 días. Entiendo que seré responsable de todos los cargos de agencia de colección, cargos de abogados (incluyendo los de BRMH), y los costos de un tribunal en caso de tomar esa acción para recibir pago. **Además, entiendo que se me podrá cobrar por todas las citas perdidas a menos que una notificación de cancelación sea dada 24 horas antes de la cita.** Por ahora, permito el pago de asigno los pagos de servicios directamente a BRMH, de otro modo pagado así a mí, pero no excediendo los cargos actuales del servicio.

CLIENTE QUE DEJA DE RECIBIR SERVICIOS - La oficina de BRMH va a entender que ha dejado de participar con nuestra agencia si no recibe servicios por más de 180 días. Sera terminado como cliente, sin aviso y sus expedientes serán archivados. Sus expedientes pueden ser abiertos si usted y cundo usted lo solicita.

EXCENCION DE RESPONSABILIDAD DE MEDICAID - Bear River Mental Health no hace que los clientes de Medicaid sean responsables por: 1) las deudas de Bear River en caso de bancarrota, 2) servicios cubiertos dados al cliente por qual el Estado no paga, 3) servicios cubiertos proporcionados al cliente que el Estado o Bear River no le paga al proveedor de atención médica que le suministre los servicios en virtud de un contrato, derivación, u otro acuerdo, y 4) pagos por los servicios cubiertos suministrados en virtud de un contrato, derivación, u otra disposición en la medida en que esos pagos son en exceso de la cantidad que el cliente tendría que pagar en caso de Bear River proporciona los servicios directamente.

AFIRMACIONES - Usted debió de haber recibido una copia del *Manual de Miembros de Medicaid* por correo; de no ser así, déje saber a las recepcionistas de BRMH para recibir uno. Este manual le explicara a usted acerca de los servicios de su plan de salud mental, así como sus derechos y responsabilidades acerca de éstos servicios. Por favor preste atención a las siguientes partes: Servicios de emergencia (página 9), transportación (página 5), elección de terapeuta (página 8), quejas (página 15) y, proceso de apelaciones (página 13).

He recibido una copia del Manual de Medicaid y un *Aviso de las Prácticas Privadas*. _____
Firma de Cliente o Tutor Legal

DERECHOS DE CLIENTE - Usted tiene el derecho a obtener la mejor atención médica posible que esté de acuerdo con sus propios valores. Usted tiene derecho a:

1. Recibir información sobre BRMH en idioma fácil de comprender y en alternativos formatos.
2. Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
3. Recibir información sobre otras opciones posibles de tratamiento, y una copia de las guías de práctica preferidas si se solicita.
4. Participar en el planeamiento del tratamiento, así como el derecho a recibir el tratamiento.
5. Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento que sea por razones de seguridad (por ejemplo, para castigar)
6. Hacer una solicitud por escrito para obtener una copia de su registro, y es necesario, para pedir que se corrija.
7. Recibir servicios de salud que cumplan la calidad de BRMH por cantidad, duración y extensión.

BRMH asegura que los derechos del cliente se van a tener en cuenta en el proceso de distribución de servicios, que los clientes son libres de ejercer sus derechos, y que el ejercicio de estos derechos no afectará negativamente a la forma en que el cliente es tratado por BRMH y sus proveedores.

Yo entiendo que BRMH es definido por la ley en Utah como “Área Segura” que significa que yo no portare armas en el local aun tenga permiso de portar armas ocultas.

Yo entiendo la información en este documento sobre los cargos por servicios, co-pagos, pagos vencidos, y la asignación de beneficios. Yo entiendo mis derechos como se ha indicado anteriormente. Estoy de acuerdo que soy responsable por el costo de los servicios. **Solicito y acepto ser tratado por Bear River Mental Health**, que puede incluir el tratamiento a través de la tecnología de telesalud, y recordatorios de citas por teléfono o mensajes de texto.

Firma de Cliente o Tutor Legal _____ Fecha _____ Empleado testigo de BRMH _____ Fecha _____
Firma de Individuo Responsable _____ Fecha _____ Fecha de Nacimiento de Individuo Responsable _____