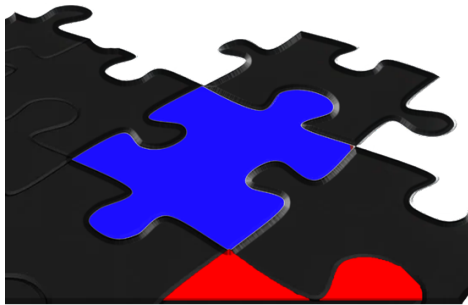




CT ABA SERVICES LLC
1000 Lafayette Blvd
Suite 1100
Bridgeport, CT 06604-4710

Paquete de Inscripción e Ingreso del Cliente

Portada e Información General

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN E INGRESO DEL CLIENTE

Versión 1.1 Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Estimado(a) padre, madre o tutor(a):

Bienvenido(a) a CT ABA SERVICES LLC. Este paquete contiene los formularios y avisos necesarios para iniciar los servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA). Por favor revise cada documento cuidadosamente, complete toda la información solicitada y firme donde se indique. Todos los formularios deben ser revisados, completados y firmados antes de que los servicios de ABA puedan comenzar.

TABLA DE CONTENIDO

Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Utilice la columna de verificación para confirmar que cada sección ha sido completada y firmada antes de entregar este paquete.

Sección Título		Páginas Completado (✓)	
1	Formulario de Información e Ingreso del Cliente	3–7	☐
2	Consentimiento para Tratamiento	8–9	☐
3	Aviso de Prácticas de Privacidad	10	☐
4	Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad	11	☐
5	Acuerdo de Participación y Asistencia del Padre/Cuidador	12–14	☐
6	Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida	15	☐
7	Autorización para Facturar al Seguro y Cesión de Beneficios	16	☐
8	Acuerdo de Responsabilidad Financiera	17–19	☐
9	Derechos y Responsabilidades del Cliente	20	☐
10	Autorización de Uso de Fotografías y Medios (Opcional)	21	☐
11	Procedimiento de Quejas y Reclamaciones	22	☐
12	Aviso Sobre la Retención de Expedientes Médicos	23	☐
13	Autorización de Pago y Acuerdo de Tarjeta de Crédito en Archivo	24–29	☐

ASEGÚRESE DE QUE EL ADE, EL IEP Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO SEAN PRESENTADOS/RECOPILADOS PARA INICIAR ESTE PROCESO.



Sección 1. Formulario de Información e Ingreso del Cliente

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Campo	Información
Aseguradora primaria:	_____
Número de póliza:	_____
Número de grupo:	_____
ID de Medicaid/HUSKY:	_____
Aseguradora secundaria:	_____
Número de póliza (secundaria):	_____
Número de grupo (secundario):	_____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Campo	Información
Nombre completo del cliente:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Género:	_____
Dirección:	_____
Ciudad:	_____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Campo	Información
Nombre:	_____
Relación con el cliente:	_____
Teléfono principal:	_____
Teléfono secundario:	_____
Correo electrónico:	_____

Método de contacto preferido:	☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto
Idioma preferido:	_____
¿Necesita intérprete?	☐ Sí ☐ No
¿Documentación de custodia/tutela disponible?	☐ Sí ☐ No

CONTACTO DE EMERGENCIA (Se contactará a esta persona si no se puede localizar al padre/tutor.)

Campo	Información
Nombre:	_____
Relación:	_____
Teléfono:	_____

INFORMACIÓN MÉDICA

Campo	Información
Médico de atención primaria (PCP):	_____
Teléfono del PCP:	_____
Fecha del diagnóstico de autismo:	_____
Médico/clínico que realizó el diagnóstico:	_____
¿Condiciones coexistentes o alergias?	☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, describa:	_____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Si el cliente toma más de cinco medicamentos, adjunte una lista por separado.)

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que Prescribe	Propósito/Razón
------------------------	-------	------------	----------------------	-----------------

Campo	Información
¿Trastorno convulsivo?	☐ Sí ☐ No
Tipo:	_____
Frecuencia:	_____
Fecha de la última convulsión:	_____
¿Riesgo de elopement (fuga)?	☐ Sí ☐ No

HISTORIAL FAMILIAR

Campo	Información
¿Antecedentes de TEA u otras condiciones del desarrollo, conductuales o genéticas en la familia?	☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, describa (condición y parentesco):	_____

SERVICIOS ACTUALES Marque todos los que apliquen e indique el proveedor/agencia y la frecuencia por semana.

Servicio	Proveedor/Agencia	Frecuencia por Semana
☐ Terapia ocupacional (OT)		
☐ Terapia física (PT)		
☐ Terapia del habla/lenguaje (SLP)		
☐ Servicios psicológicos/psiquiátricos		
☐ Otro: _____		
☐ Ninguno	N/A	N/A

HISTORIAL EDUCATIVO Y CONDUCTUAL

Campo	Información
Escuela/programa actual:	_____
Grado/tipo de aula:	_____
¿Tiene IEP?	☐ Sí (proporcione una copia) ☐ No
¿Terapia conductual/ABA previa?	☐ Sí ☐ No
Proveedor anterior:	_____
Fechas del servicio anterior:	_____
Razón de discontinuación:	_____

COMUNICACIÓN

Campo	Información
Método de comunicación:	☐ Verbal ☐ No verbal ☐ Dispositivo AAC ☐ Lenguaje de señas ☐ PECS

Sensibilidades sensoriales/desencadenantes:	_____
---	-------

FORTALEZAS DEL CLIENTE Y LA FAMILIA

Campo	Información
Habilidades, intereses y personalidad del cliente:	_____
Apoyos familiares:	_____
Rutinas exitosas:	_____

CONSIDERACIONES CULTURALES, ESPIRITUALES Y PERSONALES

Campo	Información
¿Existen valores o prácticas espirituales, religiosas, culturales o personales que afecten el tratamiento (incluyendo dieta, observancias, cultura, idioma, género del terapeuta)?	☐ Sí ☐ No
Si respondió Sí, describa:	_____

RECURSOS COMUNITARIOS Marque todos los que apliquen.

- ☐ Grupos de apoyo
- ☐ Servicios sociales de DCF/DSS/211
- ☐ Servicios escolares más allá del IEP
- ☐ Respiro
- ☐ Recreación/programas adaptativos
- ☐ Religiosos/de fe
- ☐ Otro: _____
- ☐ Ninguno

PREFERENCIAS DE SERVICIO

Campo	Información
Ubicación preferida:	☐ Hogar ☐ Clínica ☐ Escuela ☐ Comunidad ☐ Otro: _____
Días disponibles:	☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado

Horarios preferidos:	☐ Mañana (8:00-12:00) ☐ Tarde (12:00-4:00) ☐ Después de la escuela (3:00-6:00) ☐ Noche (después de las 5:00)
Restricciones de horario:	_____

INFORMACIÓN ADICIONAL _____

CERTIFICACIÓN El padre/tutor tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Certifico que la información proporcionada anteriormente es precisa y completa a mi leal saber y entender, y que será utilizada para planificar y proporcionar servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA).

Campo	Información
Nombre impreso del padre/tutor:	_____
Firma:	_____
Fecha:	_____

Sección 2. Consentimiento para Tratamiento

Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

ID del Cliente: _____ Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono Principal: _____
Teléfono Secundario: _____ Correo Electrónico: _____

(a) Propósito y Alcance. CT ABA Services LLC proporciona servicios individualizados de Análisis Conductual Aplicado (ABA) basados en evidencia, diseñados para mejorar la comunicación, las habilidades sociales, las habilidades adaptativas, las actividades de la vida diaria y la independencia; reducir conductas que interfieren con el funcionamiento; ofrecer entrenamiento a cuidadores; y colaborar con otros proveedores. Los servicios son supervisados por un Analista de Conducta Certificado por la Junta (BCBA) y prestados por un Técnico de Conducta Registrado (RBT).

(b) Naturaleza de los Servicios. Los servicios de ABA se proporcionan de forma individual (1:1) en el hogar, la comunidad, la clínica o la escuela, e incluyen enseñanza estructurada, naturalista, basada en el juego y de habilidades. Se realizan evaluaciones funcionales de la conducta (FBA) para identificar antecedentes, estrategias de prevención, conductas de reemplazo y reforzamiento, con cambios basados en datos. Los procedimientos restrictivos requieren consentimiento escrito por separado. Las áreas de habilidades incluyen comunicación, habilidades sociales, regulación emocional, entrenamiento para ir al baño, alimentación, actividades de la vida diaria y habilidades académicas. El entrenamiento y la participación del cuidador son obligatorios; las estrategias deben implementarse en el hogar y la comunidad. Consulte la Sección 5 para los requisitos detallados. La supervisión incluye revisión de datos, ajustes al plan y reuniones. La colaboración con proveedores externos requiere consentimiento por separado.

(c) Riesgos y Beneficios. Los beneficios posibles incluyen mejoras en la comunicación, reducción de conductas que interfieren, mayor independencia y mejores habilidades de afrontamiento; los resultados varían. Los riesgos incluyen aumentos temporales de conducta, frustración, dominio incompleto de habilidades y dependencia de la asistencia constante y el apoyo del cuidador. No se garantiza ningún resultado específico.

(d) HIPAA y Confidencialidad. La información de salud protegida se maneja conforme a la ley HIPAA y las políticas de privacidad de CT ABA Services LLC. Consulte la Sección 3 (Aviso de Prácticas de Privacidad) para detalles sobre el uso, la divulgación y las limitaciones de la confidencialidad.

(e) Asistencia y Seguridad. Se requiere un aviso estricto de 24 horas para cancelaciones. Tres cancelaciones dentro de un período de 60 días activarán una revisión y una posible suspensión conforme a la Sección 5. El padre/tutor debe mantener actualizada la información de contacto. No se permite fumar durante las sesiones; las mascotas deben estar aseguradas; no se tolerará agresión hacia el personal; y el entorno debe ser seguro y limpio.

(f) Telesalud. CT ABA Services LLC puede proporcionar supervisión, entrenamiento a padres, planificación y evaluación mediante telesalud a través de Microsoft Teams. Pueden ocurrir problemas técnicos. El consentimiento para telesalud puede retirarse en cualquier momento.

(g) Exclusión de Intervención en Crisis. CT ABA Services LLC no proporciona servicios de intervención en crisis. En caso de emergencia, llame al 911. Las sesiones pueden detenerse por razones de seguridad.

(h) Recopilación de Datos y Grabación. Se requiere la recopilación de datos durante todas las sesiones. La grabación de audio y video con fines de supervisión, integridad del tratamiento y capacitación es opcional, de uso interno y confidencial, con retención de tres años y destrucción segura.

¿Autoriza la grabación de audio/video para los fines descritos anteriormente?

☐ Sí, autorizo ☐ No, no autorizo

(i) Reconocimiento. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este Consentimiento para Tratamiento, que mi consentimiento es voluntario, que acepto los términos del Acuerdo de Participación y Asistencia del Padre/Cuidador (Sección 5), que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, y que mis preguntas han sido respondidas.

Nombre del Cliente (si corresponde): _____ Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor (en letra de molde): _____ Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Administrador (en letra de molde): _____ Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del BCBA (en letra de molde): _____ Firma: _____

Fecha: _____



Sección 3. Aviso de Prácticas de Privacidad

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 3: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

CT ABA Services LLC se compromete a proteger la privacidad de su información de salud protegida (PHI). Este Aviso explica nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. Le notificaremos de inmediato en caso de una violación de su PHI no asegurada.

1. Usos y Divulgaciones Sin Su Autorización Escrita

Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización escrita para los siguientes propósitos:

- Tratamiento: para proporcionar, coordinar o administrar sus servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA), incluyendo la comunicación con otros proveedores de atención médica involucrados en su cuidado.
- Pago: para facturar y cobrar el pago por los servicios prestados, incluyendo la presentación de reclamaciones a su aseguradora, HUSKY Health o Medicaid.
- Operaciones de atención médica: para actividades como revisiones de calidad, auditorías, capacitación del personal, supervisión clínica y funciones administrativas necesarias para operar nuestra práctica.

2. Otras Divulgaciones Permitidas Sin Autorización

También podemos divulgar su PHI sin autorización cuando lo requiera o permita la ley, incluyendo:

- Según lo exija la ley federal, estatal o local.
- Actividades de salud pública (por ejemplo, informes de enfermedades o lesiones).
- Informes de abuso o negligencia infantil al Departamento de Niños y Familias (DCF).
- Actividades de supervisión de salud por parte de agencias gubernamentales.
- Procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden judicial o citación.
- Propósitos de cumplimiento de la ley según lo permita la ley aplicable.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público.
- Compensación laboral según lo requiera la ley.
- A médicos forenses y directores de funerarias según lo permita la ley.
- Funciones gubernamentales especializadas según lo autorice la ley.

3. Usos y Divulgaciones que Requieren Su Autorización Escrita

Requeriremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su PHI para los siguientes propósitos: mercadeo, venta de PHI, notas de psicoterapia y cualquier otro uso no descrito en este Aviso. Usted puede revocar cualquier autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en base a ella.

4. Sus Derechos Respecto a Su PHI

Usted tiene los siguientes derechos:

- Solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI.
- Solicitar comunicaciones confidenciales por medios o en ubicaciones alternativas.
- Inspeccionar y obtener una copia de su PHI dentro de los 30 días siguientes a su solicitud.
- Solicitar enmiendas a su PHI.
- Recibir una contabilidad de las divulgaciones de su PHI.
- Obtener una copia en papel de este Aviso previa solicitud.
- Recibir notificación de cualquier violación de su PHI no asegurada.

5. Nuestros Deberes

CT ABA Services LLC está obligada por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI, proporcionarle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad, cumplir con los términos del Aviso actualmente vigente y notificarle en caso de una violación de su PHI no asegurada. Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso y hacer que las revisiones sean efectivas para toda la PHI que mantenemos.

6. Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante:

- Celina Bustamante, Directora de Operaciones, CT ABA Services LLC. Teléfono: (475) 439-2530. Correo electrónico: cb@ctabaservices.com
- Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS). Teléfono: (800) 368-1019. Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Portal en línea: <https://ocrportal.hhs.gov>

No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Sección 4. Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

Sección 4. Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por medio de la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CT ABA SERVICES LLC, con fecha de vigencia del 17 de agosto de 2026. He tenido la oportunidad de leer este Aviso en su totalidad. Entiendo que el Aviso describe cómo mi información médica (o la de mi hijo/a o persona bajo mi tutela) puede ser utilizada y divulgada, y cómo puedo obtener acceso a dicha información. Entiendo que CT ABA SERVICES LLC puede revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que las revisiones estarán disponibles previa solicitud y en las instalaciones de la empresa.

Si tiene preguntas sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad o sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con: Celina Bustamante, Directora de Operaciones Teléfono: (475) 439-2530 Correo electrónico: cb@ctabaservices.com

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de molde): _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

SECCIÓN DE USO DE OFICINA

Motivo por el cual no se obtuvo la firma	Marque	Iniciales del personal	Fecha
El individuo se negó a firmar	☐	_____	_____
Situación de emergencia que impidió la obtención de la firma	☐	_____	_____
Barrera de comunicación que impidió la obtención de la firma	☐	_____	_____
Otro (especifique): _____	☐	_____	_____

¿Se realizó un esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo del individuo? ☐ Sí

Iniciales del personal: _____ Fecha: _____



Sección 5. Acuerdo de Participación y Asistencia del Padre/Cuidador

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 5: ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y ASISTENCIA DEL PADRE/CUIDADOR Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Campo	Información
Nombre del cliente:	
Fecha de nacimiento del cliente:	
Nombre del padre/tutor:	
Relación con el cliente:	

Tipo de cobertura (marque uno):

- ☐ HUSKY Health / Medicaid
- ☐ Seguro privado / comercial
- ☐ Autopago

Introducción. Los servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) requieren consistencia en todos los entornos para lograr resultados significativos. La participación activa del padre o cuidador en el reforzamiento de las estrategias conductuales es necesaria para la generalización, el mantenimiento y el progreso continuo del cliente. La falta de participación y asistencia constante puede resultar en un progreso estancado o en la regresión de habilidades. Este Acuerdo es una condición de inscripción continua en los servicios de CT ABA SERVICES LLC.

1. Requisitos de Participación. El padre/cuidador se compromete a:

- Asistir a todas las sesiones de entrenamiento para cuidadores programadas por el BCBA, participar de buena fe en el aprendizaje de las estrategias y hacer preguntas cuando sea necesario.
- Implementar de manera consistente los siguientes componentes según lo indicado por el equipo clínico: programas de reforzamiento y Plan de Intervención Conductual (BIP); procedimientos de ayuda (prompting) y desvanecimiento (fading); modificaciones de antecedentes; conductas de reemplazo; sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (AAC), PECS y entrenamiento en comunicación funcional (FCT); estrategias de generalización y mantenimiento; y procedimientos de desescalada y seguridad.
- Reconocer que los servicios de ABA se proporcionan durante un número limitado de horas y que la consistencia fuera de las sesiones es indispensable para el progreso.

- d) Mantener comunicación abierta con el equipo clínico y asistir a todas las reuniones de revisión de tratamiento programadas.

2. Asistencia (Todos los Clientes). El padre/cuidador se compromete a:

- e) Estar disponible y preparado para cada sesión programada, asegurando la presencia de un adulto responsable durante toda la sesión.
- f) Proporcionar un aviso mínimo de 24 horas para cualquier cancelación.
- g) Estar presente y listo a la hora programada; una demora de 15 minutos sin comunicación se considerará una no presentación.
- h) Comprender que tres (3) cancelaciones dentro de un período de 60 días activarán una revisión que puede resultar en: reducción de horas autorizadas, modificación del horario, reunión obligatoria con el equipo clínico, suspensión temporal de servicios, o impacto en la autorización del pagador.

3. Cargos por Cancelación Tardía y No Presentación.

Clientes con seguro privado o autopago: se aplicará un cargo de \$50.00 por cada cancelación tardía (menos de 24 horas de aviso) o no presentación.

Clientes de HUSKY Health / Medicaid: NO se cobrará ningún cargo por cancelación tardía ni por no presentación.

AVISO IMPORTANTE SOBRE MEDICAID: De conformidad con 42 CFR 447.15 y CMAP PB 2015-05, está prohibido cobrar a los beneficiarios de Medicaid por citas perdidas o cancelaciones tardías. CT ABA SERVICES LLC no exigirá depósito ni información de tarjeta de crédito como condición para recibir servicios cubiertos por Medicaid. Todas las consecuencias clínicas descritas en la Subsección 2 anterior permanecen vigentes.

4. Incumplimiento. CT ABA SERVICES LLC podrá suspender o discontinuar los servicios en caso de:

- i) Falta de asistencia o participación en el entrenamiento para cuidadores.
- j) Falta de implementación de las estrategias de reforzamiento y del BIP.
- k) Ausencias excesivas según lo descrito en la Subsección 2.
- l) Comunicación deficiente o falta de respuesta al equipo clínico.
- m) Entorno inseguro para la prestación de servicios.

Antes de cualquier suspensión o discontinuación, CT ABA SERVICES LLC proporcionará: (a) aviso por escrito especificando el incumplimiento; (b) una reunión para ofrecer apoyo y desarrollar un plan correctivo; (c) un mínimo de catorce (14) días para cumplir con el plan correctivo; y (d) referencias a otros proveedores y transferencia del expediente clínico según corresponda.

Las obligaciones financieras sobreviven a la terminación únicamente en la medida permitida por la ley. Los beneficiarios de Medicaid no adeudarán cargos por servicios cubiertos ni por citas perdidas. La reinstalación de servicios quedará a discreción del BCBA y estará sujeta al cumplimiento de los requisitos establecidos en el plan correctivo.

5. Reconocimiento. Al firmar a continuación, reconozco que:

- n) He leído y comprendo este Acuerdo de Participación y Asistencia del Padre/Cuidador.
- o) Acepto cumplir con todos los requisitos de participación y asistencia aquí descritos.
- p) Comprendo las consecuencias del incumplimiento, incluyendo la posible suspensión o discontinuación de servicios.
- q) He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción.

Campo	Información
Nombre del padre/tutor (letra de molde):	_____
Firma del padre/tutor:	_____
Fecha:	_____
Nombre del administrador/BCBA (letra de molde):	_____
Firma del administrador/BCBA:	_____
Fecha:	_____

Sección 6. Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida (45 CFR 164.508)

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 6. AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (45 CFR 164.508) Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Divulgador autorizado: CT ABA SERVICES LLC

1. Destinatario de la Información

Nombre: _____ Título: _____
Organización: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Correo electrónico: _____

2. Categorías de Información a Divulgar (marque todas las que apliquen):

- ☐ Evaluaciones
- ☐ Planes de tratamiento
- ☐ Planes de Intervención Conductual (BIP)
- ☐ Evaluaciones Funcionales de la Conducta (FBA)
- ☐ Registros educativos
- ☐ Registros médicos
- ☐ Registros clínicos
- ☐ Información de seguro/facturación
- ☐ Resumen de alta
- ☐ Otra (especifique): _____

3. Propósito de la Divulgación (marque todos los que apliquen):

- ☐ Coordinación de atención/tratamiento
- ☐ Facturación

- ☐ Educación
- ☐ Legal
- ☐ Solicitud del individuo
- ☐ Otro (especifique): _____

4. Método de Divulgación: ☐ Verbal ☐ Escrito/electrónico ☐ Ambos

5. Vencimiento: Esta autorización vence en la siguiente fecha o evento:

_____. Si no se indica fecha o evento, esta autorización vencerá automáticamente dos (2) años a partir de la fecha de firma.

6. Derecho de Revocación: Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida a CT ABA SERVICES LLC. La revocación no tendrá efecto sobre las divulgaciones realizadas antes de la recepción de dicha notificación escrita.

7. Advertencia de Redivulgación: La información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y, en tal caso, podría dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.

8. No Condicionamiento: CT ABA SERVICES LLC no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad de beneficios a la firma de esta autorización.

9. Derecho a Copia: Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

FIRMAS

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Representante autorizado (si aplica): Nombre (letra de molde):

_____ Autoridad del representante:

_____ Firma:

_____ Fecha: ____/____/____

Testigo: Nombre (letra de molde): _____ Firma:

_____ Fecha: ____/____/____

Sección 7. Autorización para Facturar al Seguro y Cesión de Beneficios

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 7: AUTORIZACIÓN PARA FACTURAR AL SEGURO Y CESIÓN DE BENEFICIOS Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Campo	Información
Nombre del cliente:	
Fecha de nacimiento del cliente:	
Nombre del asegurado/titular de la póliza:	
Relación con el cliente:	
Aseguradora principal:	
Número de póliza/ID del miembro:	
Número de grupo:	
ID de Medicaid/HUSKY Health (si aplica):	
Aseguradora secundaria (si aplica):	
Número de póliza secundaria:	

Por medio de la presente, el/la suscrito/a (“Padre/Tutor”) autoriza a CT ABA SERVICES LLC a lo siguiente:

- r) **Presentación de reclamaciones.** Presentar reclamaciones de seguro médico ante la(s) aseguradora(s) identificada(s) anteriormente, o ante cualquier aseguradora sucesora o sustituta, en relación con los servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) proporcionados al cliente.
- s) **Divulgación de información.** Divulgar a la(s) aseguradora(s) y a sus agentes autorizados la información de diagnóstico, procedimientos, tratamiento y registros de respaldo que sean razonablemente necesarios para procesar y adjudicar dichas reclamaciones.
- t) **Cesión directa de beneficios.** Asignar y dirigir el pago de los beneficios del seguro directamente a CT ABA SERVICES LLC. El Padre/Tutor instruye a la aseguradora a emitir los pagos directamente a CT ABA SERVICES LLC como proveedor asignado.
- u) **Responsabilidad financiera.** El Padre/Tutor reconoce y acepta la responsabilidad financiera personal por los siguientes montos, en la medida en que sean legalmente exigibles: (a) copagos; (b) coseguro; (c) deducibles; (d) servicios no cubiertos por el plan de seguro; y (e) cualquier saldo impago que resulte de la diferencia entre los cargos facturados y los montos pagados por la aseguradora.

- v) Verificación sin garantía. El Padre/Tutor entiende que la verificación de beneficios realizada por CT ABA SERVICES LLC es una cortesía y no constituye una garantía de pago por parte de la aseguradora. La determinación final de cobertura y pago corresponde exclusivamente a la aseguradora.
- w) Obligación de mantener cobertura y notificación. El Padre/Tutor se compromete a mantener la cobertura de seguro activa durante la prestación de servicios y a notificar a CT ABA SERVICES LLC por escrito dentro de cinco (5) días hábiles de cualquier cambio en la cobertura, incluyendo, sin limitación, cancelación, cambio de aseguradora, cambio de titular de póliza o pérdida de elegibilidad.
- x) Apelaciones. En caso de denegación de una reclamación, CT ABA SERVICES LLC podrá, a su discreción, asistir en el proceso de apelación. Si la denegación se mantiene después de agotar las apelaciones disponibles, el Padre/Tutor será responsable del saldo resultante, sujeto a las leyes aplicables.
- y) Duración y revocación. Esta autorización permanecerá vigente durante todo el período de inscripción del cliente en CT ABA SERVICES LLC, o hasta que sea revocada por escrito por el Padre/Tutor. La revocación no afectará las reclamaciones ya presentadas ni los saldos pendientes acumulados antes de la fecha efectiva de la revocación.

Al firmar a continuación, el Padre/Tutor certifica que la información proporcionada es veraz y exacta, y que ha leído, comprendido y aceptado los términos de esta Autorización para Facturar al Seguro y Cesión de Beneficios.

Campo	Firma / Información
Nombre del padre/tutor (letra de molde):	_____
Firma del padre/tutor:	_____
Fecha:	_____
Relación con el cliente:	_____

Sección 8. Acuerdo de Responsabilidad Financiera

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 8: ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de cobertura (marque la que aplique):

- ☐ HUSKY Health / Medicaid
- ☐ Seguro privado / comercial
- ☐ Autopago

Las disposiciones de este Acuerdo se aplican según el tipo de cobertura identificado anteriormente. Cada subsección indica a qué categoría de cobertura corresponde.

1. Protecciones de HUSKY Health / Medicaid

Si el cliente está inscrito en HUSKY Health / Medicaid, se aplican las siguientes protecciones:

- z) HUSKY Health / Medicaid constituye pago completo por todos los servicios cubiertos. No se exigirá al cliente o su familia ningún costo compartido, copago, coseguro ni deducible por servicios cubiertos.
- aa) No se cobrarán cargos por inasistencia ni por cancelación tardía a clientes de HUSKY Health / Medicaid.
- bb) No se aplicará facturación de saldo (balance billing) por servicios cubiertos.
- cc) No se requerirá tarjeta de crédito ni depósito como condición para recibir servicios cubiertos.
- dd) El autopago privado se limita estrictamente a: (a) servicios no cubiertos que el padre/tutor haya declinado afirmativamente la cobertura y aceptado por escrito pagar de forma privada con acuerdo previo; o (b) servicios prestados en fechas posteriores a la pérdida confirmada de elegibilidad de HUSKY Health / Medicaid.
- ee) Si usted cree que se le ha cobrado indebidamente, tiene derecho a un reembolso. Comuníquese con CT Behavioral Health Partnership (CT BHP) o el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut (CT DSS).
- ff) Los requisitos de asistencia de la Sección 5 siguen vigentes; las consecuencias clínicas por inasistencia excesiva aplican independientemente de la protección contra cargos.

2. Facturación de Seguro Privado / Comercial

- gg) CT ABA Services LLC verificará los beneficios y obtendrá las autorizaciones previas requeridas por su aseguradora; sin embargo, la verificación de beneficios no constituye garantía de pago.

- hh) CT ABA Services LLC presentará las reclamaciones a su aseguradora. El cliente es responsable de mantener cobertura activa y notificar a CT ABA Services LLC dentro de cinco (5) días hábiles sobre cualquier cambio en la cobertura.
- ii) El padre/tutor es responsable de todos los copagos, coseguro y deducibles asignados por la aseguradora, pagaderos dentro de quince (15) días a partir de la fecha del estado de cuenta.
- jj) Si la aseguradora no autoriza o no cubre un servicio, el padre/tutor será responsable del saldo resultante. CT ABA Services LLC realizará esfuerzos razonables de apelación antes de trasladar la responsabilidad financiera al padre/tutor.
- kk) La falta de referencia o autorización previa puede resultar en responsabilidad financiera directa del padre/tutor.

3. Autopago

- ll) Los clientes de autopago son responsables del costo completo de todos los servicios al momento de la prestación o dentro de quince (15) días a partir de la fecha del estado de cuenta, salvo que exista un plan de pago por escrito.
- mm) CT ABA Services LLC proporcionará una Estimación de Buena Fe (Good Faith Estimate) conforme a 45 CFR 149.610, que incluirá los códigos de servicio y los cargos esperados, antes de iniciar los servicios.
- nn) Si el monto facturado excede la Estimación de Buena Fe por \$400 o más, el cliente tiene derecho a disputar el cargo conforme a la ley federal aplicable.

4. Política de Cancelación (Solo Seguro Privado / Autopago)

- oo) Se requiere un aviso de cancelación con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación.
- pp) Las cancelaciones tardías y las no presentaciones (definidas como la falta de disponibilidad dentro de los primeros 15 minutos de la sesión programada) generarán un cargo de \$50.00 por incidente.
- qq) Tres (3) cancelaciones tardías o no presentaciones dentro de un período de sesenta (60) días activarán una revisión que puede resultar en reducción de horas o suspensión de servicios.
- rr) Estos cargos no aplican a clientes de HUSKY Health / Medicaid.

5. Disposiciones Generales

- ss) Disputas: Cualquier disputa sobre un cargo debe comunicarse por escrito a CT ABA Services LLC dentro de treinta (30) días a partir de la fecha del estado de cuenta.
- tt) Prohibición de recargo: CT ABA Services LLC no aplicará recargos por el uso de ningún método de pago, conforme a Conn. Gen. Stat. 42-133ff.
- uu) Cobros: Las cuentas vencidas de clientes de seguro privado o autopago podrán ser referidas a cobros después de treinta (30) días de vencimiento. CT ABA Services LLC ofrecerá un plan de pago antes de

iniciar cualquier acción de cobro. No se referirán a cobros cuentas de clientes de HUSKY Health / Medicaid por servicios cubiertos.

vv) Planes de pago: CT ABA Services LLC podrá ofrecer planes de pago por escrito a solicitud del padre/tutor.

ww) No discontinuación por saldo impago: CT ABA Services LLC no discontinuará el tratamiento únicamente por un saldo impago sin antes proporcionar aviso por escrito, ofrecer un plan de pago y otorgar una oportunidad razonable para resolver el saldo.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los términos de este Acuerdo de Responsabilidad Financiera aplicables a mi tipo de cobertura.

Nombre del padre/tutor (letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Sección 9. Derechos y Responsabilidades del Cliente

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

Sección 9. Derechos y Responsabilidades del Cliente Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

CT ABA Services LLC se compromete a prestar servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) de manera ética, respetuosa y centrada en el cliente. A continuación se describen los derechos y las responsabilidades del cliente y de su padre, madre o tutor legal.

A. Derechos del Cliente

El cliente tiene derecho a:

- xx) Recibir servicios en un entorno seguro, limpio y libre de riesgos innecesarios.
- yy) Ser tratado con dignidad, respeto y cortesía, sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, idioma, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, discapacidad o situación socioeconómica.
- zz) La protección de su privacidad y la confidencialidad de su información de salud protegida (PHI), conforme a la ley aplicable y al Aviso de Prácticas de Privacidad (Sección 3).
- aaa) Recibir información clara y comprensible sobre el diagnóstico, el plan de tratamiento propuesto, los objetivos, los procedimientos, los riesgos y los beneficios esperados.
- bbb) Participar activamente en la planificación del tratamiento y en las decisiones relacionadas con los servicios de ABA.
- ccc) Rechazar cualquier servicio o procedimiento propuesto, en cualquier momento, sin represalias.
- ddd) Conocer el nombre, las credenciales y la función de cada profesional que participe en la prestación de servicios.
- eee) Acceder a su expediente clínico y solicitar copias conforme a la ley aplicable.
- fff) Presentar quejas o reclamaciones sin temor a represalias, discriminación ni interrupción de servicios (véase la Sección 11).
- ggg) Estar libre de abuso, negligencia, explotación y castigo corporal.
- hhh) Solicitar adaptaciones razonables relacionadas con idioma, cultura, discapacidad u otras necesidades.
- iii) Recibir información sobre los costos de los servicios antes de que se presten, incluyendo copagos, coseguro, deducibles y cargos por servicios no cubiertos, según corresponda.
- jjj) Recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

kkk) Retirar su consentimiento y discontinuar los servicios en cualquier momento, por escrito.

III) Ser informado de las razones de cualquier cambio, reducción o discontinuación de los servicios.

B. Responsabilidades del Cliente y del Padre/Tutor

El cliente y su padre, madre o tutor legal tienen la responsabilidad de:

mmm) Proporcionar información precisa y completa en todos los formularios de inscripción e ingreso.

nnn) Participar activamente en el plan de tratamiento y seguir las recomendaciones del BCBA y del equipo clínico.

ooo) Asistir puntualmente a todas las sesiones programadas y cumplir con los requisitos de asistencia establecidos en la Sección 5.

ppp) Participar en el entrenamiento a cuidadores e implementar las estrategias de ABA en el hogar y en la comunidad.

qqq) Comunicar de manera oportuna cualquier inquietud, cambio en la condición del cliente o información relevante para el tratamiento.

rrr) Mantener un entorno seguro, limpio y apropiado para la prestación de servicios.

sss) Tratar al personal de CT ABA Services LLC con respeto y cortesía.

ttt) Proporcionar un aviso mínimo de 24 horas en caso de cancelación o reprogramación de sesiones.

uuu) Notificar a CT ABA Services LLC dentro de cinco (5) días hábiles sobre cualquier cambio en la cobertura de seguro, elegibilidad de Medicaid/HUSKY Health o información del asegurado.

vvv) Realizar los pagos legalmente exigibles de manera oportuna, conforme al Acuerdo de Responsabilidad Financiera (Sección 8).

www) Informar de inmediato sobre cualquier cambio en la custodia legal, tutela o autoridad para tomar decisiones sobre el cliente.

xxx) Cumplir con todos los protocolos de seguridad establecidos por CT ABA Services LLC, incluyendo los relativos a mascotas, supervisión y condiciones del hogar.

C. Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente de CT ABA Services LLC. Acepto cumplir con las responsabilidades aquí descritas.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de molde): _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el cliente: _____

Sección 10. Autorización de Uso de Fotografías y Medios (Opcional)

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 10. AUTORIZACIÓN DE USO DE FOTOGRAFÍAS Y MEDIOS (OPCIONAL) Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esta autorización es completamente voluntaria. La negativa a firmar esta autorización no afectará de ninguna manera la prestación de servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA) al cliente por parte de CT ABA SERVICES LLC.

Por la presente, el/la abajo firmante, en calidad de padre, madre o tutor legal del cliente identificado anteriormente, autoriza voluntariamente a CT ABA SERVICES LLC, sus empleados, contratistas y representantes autorizados, a capturar, utilizar y publicar fotografías, imágenes de video y otros materiales visuales o de audio del cliente para los fines seleccionados a continuación:

Seleccione todos los que apliquen:

- ☐ Sitio web de CT ABA SERVICES LLC
- ☐ Redes sociales (por ejemplo, Facebook, Instagram, LinkedIn)
- ☐ Materiales impresos (folletos, boletines, volantes)
- ☐ Capacitación interna del personal
- ☐ Conferencias y presentaciones profesionales
- ☐ Otro (especifique): _____
- ☐ DENIEGO TODA AUTORIZACIÓN: No autorizo ningún uso de fotografías o medios del cliente.

Condiciones de esta autorización:

yyy) Solo se utilizará el primer nombre del cliente. No se publicará el apellido, diagnóstico ni ninguna otra información de salud protegida (PHI) sin una autorización HIPAA separada conforme a 45 CFR 164.508.

zzz) No se proporcionará compensación alguna al cliente ni al padre, madre o tutor legal por el uso de fotografías o medios conforme a esta autorización.

aaaa) Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante notificación escrita dirigida a CT ABA SERVICES LLC. La revocación será efectiva de manera prospectiva únicamente; no se aplicará a materiales ya publicados o distribuidos antes de la recepción de la revocación escrita.

bbbb) CT ABA SERVICES LLC hará esfuerzos razonables para utilizar las imágenes y los medios de manera respetuosa y profesional en todo momento.

Instrucciones especiales o restricciones (si las hay):

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido esta autorización, que mi decisión es voluntaria y que entiendo que puedo revocarla por escrito en cualquier momento con efecto prospectivo.

Padre/Madre/Tutor Legal	
Nombre en letra de imprenta:	
Firma:	
Fecha:	



Sección 11. Procedimiento de Quejas y Reclamaciones

[INSERTAR AQUÍ EL LOGOTIPO DE CT ABA SERVICES LLC]

Sección 11. Procedimiento de Quejas y Reclamaciones

Versión 1.1 — Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

CT ABA Services LLC se compromete a brindar servicios de la más alta calidad y a resolver cualquier inquietud de manera oportuna y justa. Ningún cliente, padre, tutor o cuidador será objeto de represalias, reducción de servicios ni trato adverso por presentar una queja o reclamación.

Proceso Interno de Quejas

- cccc) Paso 1: Comuníquese directamente con el Analista de Conducta Certificado por la Junta (BCBA) asignado a su caso para discutir su inquietud. Muchas preocupaciones pueden resolverse de manera informal en esta etapa.
- dddd) Paso 2: Si la inquietud no se resuelve con el BCBA, o si prefiere no dirigirse al BCBA, presente una queja formal a Celina Bustamante, Directora de Operaciones, al teléfono (475) 439-2530 o por correo electrónico a cb@ctabaservices.com. La queja formal debe incluir los siguientes datos: (a) nombre del cliente; (b) fecha(s) del incidente o inquietud; (c) descripción detallada de la queja; (d) nombres de las personas involucradas, si se conocen; y (e) resolución deseada. CT ABA Services LLC acusará recibo de la queja formal dentro de cinco (5) días hábiles y llevará a cabo una investigación dentro de treinta (30) días calendario. Se proporcionará un resultado por escrito al finalizar la investigación.
- eeee) Paso 3: Si no está satisfecho con el resultado de la investigación, puede elevar la queja a TJ Green para una revisión adicional.

Recursos Externos

Si la queja no se resuelve internamente, o si desea presentar una queja directamente ante una agencia externa, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes organismos:

Organismo	Teléfono	Correo Electrónico / Sitio Web
CT Department of Public Health (DPH)	(860) 509-7400	
U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (HHS OCR)	(800) 368-1019	OCRComplaint@hhs.gov
Behavior Analyst Certification Board (BACB)		www.bacb.com

CT Department of Social Services / HUSKY Health	(855) 626-6632
Defensor de Atención Médica (Healthcare Advocate)	(866) 466-4446

Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido el Procedimiento de Quejas y Reclamaciones de CT ABA Services LLC. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja sin temor a represalias y que puedo comunicarme con los organismos externos indicados anteriormente en cualquier momento.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre en letra de molde del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Sección 12. Aviso Sobre la Retención de Expedientes Médicos

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

Sección 12: Aviso Sobre la Retención de Expedientes Médicos Versión 1.1 | Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

CT ABA Services LLC conserva los expedientes médicos de los clientes por un período mínimo de siete (7) años a partir de la fecha del último servicio prestado, o hasta la mayoría de edad del cliente más siete (7) años, lo que sea posterior.

Solicitud de Expedientes Médicos

Para solicitar una copia de su expediente médico o del expediente de su hijo/a, envíe una solicitud por escrito a:

CT ABA Services LLC Attn: Records Request 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100 Bridgeport, CT 06604-4710

La solicitud escrita debe incluir la siguiente información:

ffff) Nombre completo del cliente.

gggg) Fecha de nacimiento del cliente.

hhhh) Descripción de los expedientes solicitados.

iiii) Período de tiempo cubierto por la solicitud.

jjjj) Método de entrega preferido (por ejemplo, correo postal, recogida en persona, formato electrónico).

CT ABA Services LLC responderá a las solicitudes de expedientes dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud escrita. Los expedientes se proporcionarán en el formato solicitado cuando esté razonablemente disponible. Se podrá aplicar un cargo razonable por los costos de copia y entrega.

Para preguntas sobre la retención o solicitud de expedientes médicos, comuníquese con:

Celina Bustamante, Chief Officer of Operations Teléfono: (475) 439-2530 Correo electrónico:
cb@ctabaservices.com

Reconocimiento y Firma

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido este Aviso Sobre la Retención de Expedientes Médicos de CT ABA Services LLC. Entiendo el período de retención de expedientes y el procedimiento para solicitar copias de los expedientes médicos.

Campo	Información
Nombre del cliente	
Fecha de nacimiento del cliente	
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor	
Firma del padre/tutor	
Fecha	



Sección 13. Autorización de Pago y Acuerdo de Tarjeta de Crédito en Archivo

CT ABA SERVICES LLC 1000 Lafayette Blvd, Suite 1100, Bridgeport, CT 06604-4710 Teléfono: (203) 906-5328

SECCIÓN 13: AUTORIZACIÓN DE PAGO Y ACUERDO DE TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO Versión 1.1 |

Fecha de vigencia: 17 de agosto de 2026

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección del titular de la tarjeta: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono del titular de la tarjeta: _____ Correo electrónico: _____

CLASIFICACIÓN DE COBERTURA (Para uso de la oficina)

La oficina debe seleccionar la opción aplicable:

☐ Opción A: HUSKY/Medicaid, totalmente cubierto. La tarjeta en archivo se aplica a cargos por cancelación tardía/no presentación, servicios no cubiertos y cualquier saldo resultante de la pérdida de elegibilidad.

☐ Opción B: Seguro privado/comercial, facturación parcial. La tarjeta en archivo se aplica a copagos, coseguro, deducibles, saldos denegados o no cubiertos, y cargos por cancelación tardía/no presentación.

☐ Opción C: Autopago. Tarifas completas. Se proporcionará una Estimación de Buena Fe conforme a 45 CFR 149.610. La tarjeta en archivo se aplica a todos los cargos por servicios y cancelación tardía/no presentación.

Clasificación del personal: _____ Seguro/HUSKY ID: _____

MÉTODO DE PAGO

☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito ☐ HSA/FSA ☐ ACH (transferencia bancaria)

Número de tarjeta: _____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ CVV: _____

Nombre en la tarjeta: _____

Banco (ACH): _____ Número de ruta: _____ Número de cuenta: _____

☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

AUTORIZACIÓN VINCULADA A LA OPCIÓN

Por la presente autorizo a CT ABA Services LLC a cargar al método de pago indicado arriba los montos correspondientes según la Opción seleccionada.

CARGOS AUTORIZADOS POR OPCIÓN

Tipo de cargo	Opción A	Opción B	Opción C
Copagos/coseguro	N/A	Sí	N/A
Deducibles	N/A	Sí	N/A
Salos pendientes (incluida pérdida de elegibilidad y autopago)	Sí	Sí	Sí
Cancelación tardía/no presentación (\$50)	Sí	Sí	Sí
Cargos por servicios de autopago	N/A	N/A	Sí
Otros cargos autorizados	Sí	Sí	Sí

FRECUENCIA RECURRENTE

kkkk) Copagos: dentro de los 7 días hábiles posteriores a la sesión.

lll) Deducibles: según corresponda conforme a la determinación del asegurador.

mmmm) Salos pendientes: después de la emisión del estado de cuenta y transcurrida la ventana de 15 días.

nnnn) Cancelación tardía/no presentación: dentro de los 7 días hábiles posteriores al evento.

Se enviará una notificación por correo electrónico y un recibo por cada cargo procesado. Usted tiene 30 días a partir de la fecha del cargo para presentar una disputa por escrito.

TÉRMINOS

oooo) Esta autorización permanece vigente durante la inscripción del cliente o hasta su revocación por escrito.

pppp) La revocación escrita se procesará dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recepción.

qqqq) Si el método de pago en archivo se cancela o vence, el titular de la tarjeta deberá proporcionar un método de pago actualizado o alternativo dentro de los 10 días hábiles.

rrrr) CT ABA Services LLC podrá realizar un (1) reintento en caso de cargo rechazado.

ssss) El Acuerdo de Responsabilidad Financiera (Sección 8) sobrevive a la revocación de esta autorización.

tttt) La información de pago se almacena conforme a los estándares PCI-DSS.

uuuu) Los reembolsos aplicables se procesarán dentro de los 14 días hábiles.

vvvv) Un portal en línea puede estar disponible para gestionar la información de pago.

RECONOCIMIENTOS

Al firmar a continuación, reconozco y acepto lo siguiente:

- He leído y comprendo los términos de esta Autorización de Pago y Acuerdo de Tarjeta de Crédito en Archivo.
- Autorizo los cargos descritos según la Opción seleccionada por la oficina.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito y que la revocación no afecta los cargos ya procesados.
- Comprendo mi obligación de mantener un método de pago válido en archivo durante la inscripción.

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del titular de la tarjeta: _____

Firma del padre/tutor (si es diferente del titular): _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____

