Laurie Ross Brennan & Associates

INFORMACIÓN PERSONAL – SLP/AIT

Fecha: _____

Nombre del paciente:_____
NOMBRE *SEGUNDO NOMBRE* *APELLIDO*

Fecha de nacimiento: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de Seguro Social: _____

Nombre del padre/madre o tutor:_____

Dirección física: _____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

Dirección postal (si es diferente): _____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: _____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre del responsable del pago: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro primario: _____N.º de póliza: _____

Seguro secundario (si aplica): _____ N.º de póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del consultorio: _____

Autorización

Verifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar mis reclamaciones de seguro. También autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Laurie Ross Brennan & Associates por parte de mi aseguradora por los servicios prestados.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ Fecha: _____



RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE LAURIE ROSS BRENNAN & ASSOCIATES

Yo, el/la abajo firmante, reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Laurie Ross

Brennan & Associates el día: _____ _____, **20**_____
(Mes) *(Día)* *(Año)*

Firma del paciente/padre/madre/tutor:

Nombre del paciente (en letra de molde):

Relación con el paciente:

En **LAURIE ROSS BRENNAN & ASSOCIATES**, nos comprometemos a proteger la confidencialidad de nuestros pacientes. Ninguna información relacionada con nuestros pacientes será compartida ni divulgada a ninguna otra persona u organización sin una autorización firmada por el paciente. Para preguntas o comentarios, por favor comuníquese con nuestro Coordinador de HIPAA al **505-268-5933**.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable utilizada o divulgada por nosotros, ya sea de forma electrónica, en papel o verbalmente, se mantenga debidamente confidencial. Esta ley se aplica a todos los proveedores de atención médica, y tiene como objetivo estandarizar la información médica así como garantizar la privacidad y seguridad de la información del paciente. Como resultado de esta ley, Laurie Ross Brennan & Associates (LRBA) desea informarle cómo protegeremos la privacidad de su expediente médico o el de su hijo/a.

Según lo requiere "HIPAA", hemos preparado esta explicación sobre cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos usarla y divulgarla.
Si usted firma un formulario de consentimiento, podemos usar y divulgar sus expedientes médicos únicamente para los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- **Tratamiento** significa proporcionar, coordinar o manejar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto sería la divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a proveedores fuera de LRBA, como su administrador de casos externo, miembros del equipo de tratamiento, médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento médico.
- **Pago** significa actividades como obtener el reembolso por servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobro y revisión de utilización. Un ejemplo de esto sería informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para determinar si su plan pagará por ese tratamiento.
- **Operaciones de Atención Médica** incluye los aspectos administrativos de manejar nuestra práctica, tales como llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicios al cliente. Por ejemplo, podemos usar PHI para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderlo. También podemos divulgar PHI a médicos, enfermeros, terapeutas, estudiantes y otro personal de atención médica con fines educativos.

También podemos crear y distribuir información de salud desidentificada eliminando todas las referencias a información que pueda identificarle individualmente.

Autoridad legal para tomar decisiones de atención médica para menores u otras personas
Generalmente, los derechos sobre la información médica descritos en este Aviso pueden otorgarse a una persona con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de un niño u otra persona (por ejemplo, un padre, madre o tutor legal). Existen excepciones. Por ejemplo, en Nuevo México algunos servicios de atención médica pueden proporcionarse a un menor sin el consentimiento de un padre, madre, tutor u otra persona. En estos casos, el menor tiene los derechos descritos en este Aviso con respecto a la información médica relacionada con el servicio de salud recibido.
Podemos usar o divulgar información de salud protegida sin consentimiento previo para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica en las siguientes circunstancias:

- En situaciones de tratamiento de emergencia, si intentamos obtener dicho consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de brindar el tratamiento;
- Si intentamos obtener su consentimiento pero no podemos hacerlo debido a una barrera significativa para comunicarnos con usted, y determinamos que, según nuestro juicio profesional, su consentimiento para recibir tratamiento se infiere claramente de las circunstancias.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle citas o brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
Cualquier otro uso o divulgación se realizará únicamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a cumplir con esa solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos actuado basándonos en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida (PHI), los cuales puede ejercer presentando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o a su terapeuta:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI, incluyendo aquellas relacionadas con divulgaciones a miembros de la familia, amistades cercanas u otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acuerde por escrito eliminarla.
- El derecho a realizar solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y obtener copia de su PHI.
- El derecho a enmendar su PHI.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones realizadas de su PHI.
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso si lo solicita.

USO O DIVULGACIÓN PERMITIDOS CON LA OPORTUNIDAD DE ACEPTAR O RECHAZAR

- **Investigación:** Como un centro terapéutico profesional con base médica, podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con fines de investigación. Solo usaremos y divulgaremos su información para un proyecto de investigación si obtenemos su permiso o si un comité revisor designado que cumple con los requisitos federales ha aprobado una exención del requisito de obtener su permiso.
- **Comunicaciones Promocionales:** LRBA no comparte ni vende su PHI a empresas que comercializan productos o servicios de atención médica directamente al consumidor. LRBA puede mantener listas de correos de personas para enviar materiales promocionales e información sobre LRBA o ideas terapéuticas. Esto puede incluir nuestro boletín informativo y otros contenidos similares. Usted puede estar incluido en estas listas. LRBA puede enviar información sobre sus programas y servicios a las personas en dichas listas. Si desea ser eliminado de las listas de correo de LRBA, por favor envíe un aviso por escrito a: **LRBA, 4811 Hardware Dr NE E-1, Albuquerque, NM 87109.**
- **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otras personas. La divulgación se realizará solo a personas que puedan ayudar a prevenir dicha amenaza.
- **Participación de Estudiantes Supervisados:** LRBA se enorgullece de mantenerse a la vanguardia en la prestación de servicios terapéuticos. Una de las formas en que mantenemos este estándar es mediante acuerdos con universidades en todo el país para la formación de terapeutas. Tenemos estudiantes que observan o realizan rotaciones en LRBA por períodos de algunos días hasta 16 semanas. Estos estudiantes son generalmente sobresalientes, y muchos han sido contratados por LRBA al completar sus programas universitarios. Los estudiantes están supervisados por nuestros terapeutas conforme a los requisitos de sus estándares profesionales y programas académicos. Si usted se opone a que un estudiante participe en su terapia, por favor envíe un aviso por escrito a: **LRBA, 4811 Hardware Dr NE E-1, Albuquerque, NM 87109.**
- **Toma de Fotografías:** Hemos tomado fotografías de clientes para usar en sesiones terapéuticas, publicaciones que muestran enfoques terapéuticos específicos, y para capacitar a clientes, cuidadores familiares y personal de LRBA, así como para colocarlas en el pasillo de LRBA con imágenes de los clientes atendidos. Requerimos permiso por escrito antes de tomar fotografías o grabar videos de un cliente o una sesión. Si usted cambia de opinión y ya no desea que LRBA tome imágenes, por favor envíe un aviso por escrito. Sin embargo, cualquier imagen tomada por LRBA antes de dicha decisión seguirá siendo propiedad de **LRBA, 4811 Hardware Dr NE E-1, Albuquerque, NM 87109**, y podremos continuar usándola.

USO O DIVULGACIÓN PERMITIDOS POR POLÍTICA PÚBLICA O LEY SIN SU AUTORIZACIÓN

- **Fuerzas Armadas:** Podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades de comando militar si usted forma parte de las fuerzas armadas.
- **Compensación Laboral:** Podemos divulgar su PHI para programas de compensación laboral o similares, en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación por lesiones o enfermedades laborales.
- **Riesgos para la Salud Pública:** Según lo requiera la ley, podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos llevar a cabo las siguientes actividades:
    - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
    - Reportar abuso o negligencia infantil;
    - Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
    - Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un cliente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Esta divulgación solo se realizará si la ley lo requiere o lo permite; y
    - Notificar a una persona si un cliente nos informa que tiene la intención de causar daño, negligencia o abuso, con el fin de proteger tanto a esa persona como a nuestro cliente.
- **Demandas y Litigios:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa legal, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas (discovery request) u otro procedimiento legal autorizado.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y a proporcionarle un aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha PHI.

Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003 y fue revisado el 7 de enero de 2006. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad y a hacer efectivas las nuevas disposiciones del aviso para toda la PHI que mantenemos. Este aviso será publicado y usted puede solicitar una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado en nuestra oficina.

Si desea más información sobre HIPAA o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con uno o ambos de los siguientes departamentos:

Oficial de Cumplimiento HIPAA en Laurie Ross Brennan & Associates
4811 Hardware Dr. NE E-1
Albuquerque, NM 87109
Tel: 505.268.5933 Fax: 505.268.0184

Office of Civil Rights – Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202

Tel: (214) 767-4056 Fax: (214) 767-0432 TDD: (214) 767-8940

200 Independence Avenue SW
Washington, DC 20201

Línea gratuita: 1-877-696-6775

Por favor, proporcione la mayor cantidad de información posible para que su queja pueda ser debidamente investigada.
Usted no será penalizado por presentar una queja.

Contrato para Servicios de Terapia

En Laurie Ross Brennan & Associates (LRBA), nos esforzamos por brindarle el mejor servicio posible a un precio justo y accesible. Estamos comprometidos con los más altos estándares éticos en la prestación de nuestros servicios terapéuticos y en nuestras operaciones comerciales, y exigiremos el cumplimiento total de todas las leyes federales, estatales y locales.
Nuestros terapeutas lo apoyarán en la defensa de los intereses de su hijo(a), proporcionando educación, concientización y servicios terapéuticos de la más alta calidad. En las políticas que se presentan a continuación, nos referiremos a la persona que recibe terapia como "El Paciente." Por favor, lea y coloque sus iniciales en cada política a continuación.

Iniciales

_____ **AUTORIZACIÓN PARA TRATAR A UN MENOR:**
Autorizo el tratamiento terapéutico de _____
por parte de terapeutas del habla y lenguaje calificados en Laurie Ross Brennan & Associates.

_____ **RESPONSABILIDAD DE PAGO**
Entiendo y acepto que (independientemente del estado de mi seguro médico), soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. Acepto que, si la compañía de seguros niega el pago de estos reclamos o si no notifico a LRBA que mi seguro ha cambiado o finalizado antes de recibir servicios, pagaré a LRBA el monto total permitido adeudado por todas las sesiones de tratamiento. Si hay reclamos de seguros sin pagar que necesitan resolución, LRBA me lo notificará de manera oportuna. También puedo optar por contratar los servicios terapéuticos de manera privada si las solicitudes de autorización previa son denegadas. Acepto pagar los copagos, coseguro y/o deducibles según lo indique mi póliza de seguro. Entiendo que, según las directrices de mi compañía de seguros, los copagos deben **pagarse en el momento del servicio.**

_____**CARGO POR FONDOS INSUFICIENTES (NSF)**
LRBA cobrará una tarifa de $25 por cualquier cheque devuelto debido a fondos insuficientes.

_____ **ESTADOS DE CUENTA**
En algunos casos, puedo recibir un estado de cuenta mensual con el saldo de mi deducible o copago/coseguro. Este saldo debe pagarse al recibir el estado. Además, entiendo que si mi saldo tiene más de 60 días de atraso, se suspenderá el tratamiento para mi hijo(a) hasta que se hayan establecido arreglos de pago. Si el tratamiento se suspende, ***no se garantiza*** la continuación del servicio en el mismo horario ni con el mismo terapeuta. Se me notificará con dos (2) semanas de anticipación antes de que se interrumpa el tratamiento. Es mi responsabilidad contactar a la compañía de facturación de LRBA respecto a cualquier pregunta sobre mi estado de cuenta.

_____ **CARGOS FINANCIEROS**
LRBA añadirá un cargo financiero del 10% a los saldos del cliente que tengan más de 90 días de atraso si no se ha hecho ningún intento de resolución de pago.

_____ **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**
Es posible que la compañía de seguros no cubra pruebas diagnósticas ni otros servicios terapéuticos. Se me notificará de estos cargos antes de que se presten los servicios y acepto pagar si el seguro no cubre estos servicios. Consulte la hoja de tarifas actual para más detalles.

_____ **EVALUACIÓN AIT**
Entiendo que la cita de hoy no es una prueba auditiva, sino una evaluación para determinar si el Entrenamiento de Integración Auditiva (AIT) sería un tratamiento apropiado para este cliente. No es una evaluación audiológica y no se utilizará para hacer recomendaciones audiológicas.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS**

Otorgo permiso a Laurie Ross Brennan & Associates para fotografiar, grabar en video o grabar en audio las actividades en las que participa "El Paciente", y para utilizar dichas imágenes o grabaciones en programas o presentaciones educativas.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA OBSERVACIÓN DE ESTUDIANTES/VOLUNTARIOS**

LRBA es una clínica que apoya la formación de estudiantes de todo el país en el campo de la terapia del habla y lenguaje. Para lograrlo, se ofrece a los estudiantes la oportunidad de realizar observaciones clínicas y prácticas a lo largo del año. Doy permiso para que estudiantes y voluntarios observen e interactúen con "El Paciente" bajo la supervisión directa de un terapeuta con licencia.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA HABLAR SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE EN LA SALA DE ESPERA**

Debido al alto volumen de clientes en LRBA, es común que ocurran conversaciones privadas en la sala de espera. Doy permiso a mi terapeuta para hablar conmigo, con mi representante o cuidador sobre el estado actual, inquietudes o temas relacionados con "El Paciente" en la sala de espera antes y después de la sesión. Si no deseo que se comparta ninguna información personal sobre "El Paciente" en la sala de espera, reconozco que es mi responsabilidad informar a mi terapeuta.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA USO DE DATOS DE TRATAMIENTO CON FINES DE INVESTIGACIÓN**

Al firmar, autorizo a LRBA a utilizar los datos de tratamiento de "El Paciente" con fines de investigación. Entiendo que los datos utilizados serán completamente anónimos.

_____ **CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN**

Por medio del presente, doy mi consentimiento a LRBA para utilizar y divulgar mi información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Reconozco que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento. La cancelación debe hacerse por escrito, firmada por mí y entregada a LRBA por correo o en persona. Sin embargo, la cancelación no entrará en vigencia hasta que LRBA reciba dicha notificación. La cancelación no será efectiva en relación con acciones que ya se hayan tomado basadas en este consentimiento.

_____ **AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR QUEJA AL COMISIONADO DE SEGUROS**

Autorizo a LRBA a presentar una queja ante el Comisionado de Seguros en mi nombre por cualquier motivo.

_____ **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS/RECLAMOS**

Si tengo una queja sobre cualquiera de los servicios, la calidad de la atención recibida, o sobre la elección de terapeutas asignados, llamaré al Director de la Clínica al (505) 268-5933. Notificaré a LRBA por carta o por teléfono cuando tenga una queja. La queja será revisada dentro de 30 días calendario. Si no estoy satisfecho(a) con la decisión, puedo presentar una apelación. Si aún no estoy satisfecho(a) con el resultado de la apelación, puedo presentar una queja formal ante el Departamento de Regulación y Licencias del Estado de Nuevo México según sus procedimientos.

_____ **ACUERDO DE SERVICIO**

Nos reservamos el derecho de negar servicios a cualquier persona si no se puede llegar a un acuerdo mutuo respecto a cualquier asunto específico.

Mi firma confirma que he leído y entiendo todas las políticas anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____



Política de Asistencia y Cancelación

LAURIE ROSS BRENNAN & ASSOCIATES (LRBA) tiene una lista de espera de pacientes que buscan servicios de terapia del habla. Cuando programamos una cita, se reserva una cantidad específica de tiempo exclusivamente para usted. Para que las familias que reciben servicios obtengan el máximo beneficio de la terapia y para que los terapeutas aprovechen al máximo su tiempo, es necesario aplicar una política de asistencia y participación. Estamos comprometidos a comunicarnos con usted semanalmente, incluirlo(a) y educarlo(a) en el proceso terapéutico, y colaborar con usted para crear un programa en el hogar que apoye de la mejor manera a su hijo(a). Para poder brindar este nivel de atención, es imprescindible que usted asista puntualmente a su cita, esté preparado(a) para comenzar la sesión a tiempo, y que participe activamente en la sesión de su hijo(a) y/o en la creación e implementación del programa en el hogar.

La política es la siguiente:

1. **Ausencia sin aviso ("No Show"):** Ocurre cuando usted no se presenta a su cita programada y no notifica a LRBA por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. **Se le cobrará automáticamente una tarifa de $50 por cada ausencia sin aviso.** Tres (3) ausencias sin aviso resultarán en la suspensión del cliente de todos los servicios de terapia.
2. **Cancelación tardía:** Ocurre cuando usted no notifica a LRBA por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico con al menos **24 horas** de anticipación a la hora programada de su cita. **Se le cobrará automáticamente una tarifa de $50 por cada cancelación tardía.** Tres (3) cancelaciones tardías resultarán en la suspensión del cliente de todos los servicios de terapia.
3. **Ausencia (tardanza de más de 15 minutos):** Una "ausencia" también se considera cuando el cliente pierde más de 15 minutos de la sesión programada. S**e le cobrará automáticamente $50 por cada ausencia.** Tres (3) o más ausencias resultarán en la suspensión del cliente de todos los servicios de terapia.

En LRBA nos esforzamos por ofrecer un servicio excelente y confiable, y esperamos que esta política nos ayude a servir mejor a todos nuestros pacientes. Al firmar este documento, usted declara que ha leído y comprendido la Política de Asistencia y Cancelación, y autoriza a LRBA a cargar el monto correspondiente en su tarjeta de crédito en caso de una ausencia sin aviso, cancelación tardía o ausencia.

_____	_____	_____
Firma	Fecha	Relación con el Paciente

_____	_____	_____
Número de Tarjeta de Crédito	Fecha de Vencimiento	Código de Seguridad (CVC, al reverso)

Lista de Verificación para la Orientación de Nuevos Pacientes

Muchas gracias por confiar en nosotros el cuidado y tratamiento de su hijo(a). Nos esforzaremos por apoyarle en la defensa y el crecimiento de su hijo(a) mediante intervenciones terapéuticas de vanguardia en un entorno seguro, cómodo y acogedor. Al mismo tiempo, este es un entorno médico, y tenemos algunas pautas generales que deben seguirse para garantizar que podamos brindar un servicio de alta calidad a todos nuestros pacientes.

Iniciales

_____ Por favor, llegue 10 minutos antes para registrarse en la recepción y atender cualquier copago o pregunta con el personal de oficina. Se le entregará una(s) nota(s) de terapia para todas las terapias programadas ese día, que deberá entregar a su(s) terapeuta(s) antes de comenzar su sesión de tratamiento.

_____ Espere en la sala de espera hasta que su terapeuta lo acompañe a la clínica. Si usted no participará en la terapia de su hijo(a), mantenga a los hermanos/as en la sala de espera con usted y, si lleva comida, por favor limpie después de usar. Si usted y su terapeuta acuerdan que sería más beneficioso que asista a las sesiones, los hermanos/as deben permanecer en el área designada de observación ubicada en el gimnasio de la clínica por motivos de seguridad.

_____ Si no está participando en la sesión de su hijo(a), por favor esté disponible 10 minutos antes de que finalice la sesión programada, para que el terapeuta pueda hablar con usted sobre la sesión, ofrecerle orientación, actualizar el programa en casa o responder cualquier pregunta que pueda tener.

_____ Es muy importante que llegue y recoja a su hijo(a) a tiempo. Llegar tarde para recogerlo(a) no es manejable para nuestros terapeutas, el personal y sus horarios.

_____ Silencie sus teléfonos celulares y dispositivos electrónicos en la sala de espera. Si necesita contestar una llamada, por favor salga al exterior para hablar. El uso de teléfonos celulares o dispositivos electrónicos está prohibido en todas las áreas de tratamiento. Nos esforzamos por mantener ambientes terapéuticos y el uso de estos dispositivos interrumpe tanto las sesiones como al personal administrativo y otras familias presentes.

_____ Los baños para pacientes/familias están ubicados en el pasillo. Hay una mesa para cambiar pañales en el primer baño del pasillo y las normas de salud requieren que los pañales sucios se coloquen en las bolsas plásticas disponibles y se los lleve consigo.

_____ Si solicita un servicio que está fuera del alcance de su cobertura de seguro, tendremos que facturárselo de manera privada. A su solicitud, y según nuestras tarifas privadas y de consulta de LRBA, podemos ofrecer servicios adicionales como asistir a reuniones familiares o escolares, observaciones escolares/recomendaciones, informes adicionales, programas en casa extensos o consultas telefónicas.

_____ En caso de que haya un saldo pendiente en su cuenta, intentaremos establecer un plan de pago que sea accesible y conveniente para usted. Si el saldo permanece sin pagar, se notificará al terapeuta que debe dar de alta al paciente de terapia.

_____ Frecuentemente tenemos niños en la clínica que presentan alergias o fobias. Los perros de asistencia certificados o perros de terapia están permitidos en LRBA para fines terapéuticos, pero no se permiten mascotas en la sala de espera ni en ninguna parte de la clínica.

Gracias de antemano por cumplir con estas pautas, lo que nos permitirá hacer que su experiencia y la de su hijo(a) en LRBA sea lo más eficaz y positiva posible.

_____ _____

Firma del Padre/Madre/Tutor(a) **Fecha**

Por favor proporcione un correo electrónico para recibir informes y/o información de LRBA:

Medical Claim Management, Inc.
1830 Bosque Farms Blvd.
Bosque Farms, NM 87068
Tel: (505) 866-6805
Fax: (505) 866-5078

Saludos,

Medical Claim Management, Inc. tiene un contrato con **Laurie Ross Brennan & Associates** para manejar todos los requerimientos relacionados con seguros médicos y facturación de pacientes. Estamos disponibles de **lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.**, para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su estado de cuenta.
Nuestro compromiso con usted es **asistirle con cualquier duda o problema** relacionado con su cuenta de facturación.
MCM ha sido una empresa de servicios de facturación médica desde **1997**, brindando servicios en el estado de Nuevo México y contando con más de **38 años de experiencia** en el área de facturación médica.
Nuestros valores fundamentales guían nuestro servicio:

- Compromiso con la excelencia
- Servicio con prontitud
- Integridad
- Respeto
- Valor

Por favor, comuníquese con nuestra oficina cuando tenga preguntas o inquietudes sobre sus estados de cuenta o reclamaciones de seguro. Esperamos poder trabajar con usted.

Especialistas en las necesidades de atención médica de Nuevo México