



---

19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104 · Humble, Texas 77346  
Tel: (281)812-9519 · Fax: (281) 812-5719 · Correo Electrónico: Info@AchieveSLS.com

**Querido Paciente y Familia,**

**¡Bienvenidos a Achieve Speech & Language Services! Con gusto les ofrecemos las mas alta calidad de terapia de habla y lenguaje, integrando las técnicas mas relevantes con un enfoque familiar. Nosotros creemos que es vital para un tratamiento efectivo tomar en cuenta la vida familiar del niño/a, su entorno escolar y del hogar, autoestima y desarrollo emocional.**

**Si en cualquier momento tiene preguntas o preocupaciones en relación con la información que le vamos a pedir, favor de contactar a un representante de nuestra oficina que con gusto le ayudara a revisar los formularios y le explicara el propósito de su uso. Deseamos que su experiencia aquí en Achieve Speech & Language sea positivo en todo sentir de la palabra; tanto como el personal y pólizas, tienen la intención de fomentar un ambiente familiar.**

**Sinceramente,**

**Achieve Speech and Language**

## Información de Seguro

- **¿CÓMO ES QUE LE COBRAN CADA SESION A MI ASEGURANZA?** Como una practica relevante, los servicios de patología del habla han sido facturados de acuerdo a los códigos del “American Medical Association’s Current Procedural Terminology (CPT). Estos son procedimientos y descripciones aceptadas al desempeñar cada sesión de terapia. Cada código tiene su propio costo basándose en la destreza del procedimiento.
- **¿QUÉ ES EL PROMEDIO DE COSTO POR CADA SECCION?** Dependiendo los procedimientos rendidos, el promedio de cada sesión esta dentro de un rango de \$80.00- \$450.00. Las evaluaciones usualmente son mas caras debido al nivel de destreza y el tiempo que es requerido del terapeuta para completar una evaluación y reporte a fondo.
- **¿POR QUÉ ES QUE VEO DOS PROCEDIMINETOS POR UN DIA DE SERVICIO?** Lo que usted esta viendo es el cobro de consulta, tal como si fuera al medico, y lo adicional es el cobro por el procedimiento terapéutico. Un cobro de consulta también es impuesto durante una evaluación tanto como un tratamiento de periodo de prueba para juzgar si la terapia es apropiada.
- **¿CÓMO ES QUE MI COPAGO Y/O COASEGURO ES DETERMINADO Y CUANDO SE ADEUDA?** Cada seguro es diferente. Usted puede que tenga un copago, que es la cantidad estándar de dinero que se le cobra por cada visita, o puede que tenga un coaseguro que es un porcentaje de lo que se le cobra por cada sesión terapéutica. Con gusto nuestro departamento de cobros le asistirá para determinar que seria su responsabilidad por cada sesión. La cantidad de ambos copago y coaseguro será cobrada al momento de efectuar los servicios.
- **¿SOY RESPONSABLE POR EL DEDUCIBLE?** Si. Al comienzo de cada año de cobertura, los pacientes son responsables por el deducible de su seguro medico. Esta obligación usualmente comienza en enero; sin embargo, por favor revise con el departamento de Recursos Humanos de su compañía o con el proveedor de seguros para ver cuando es que comienza su plan de cobertura. La cantidad del deducible es determinada a base de la póliza individual del asegurado y si es que somos un proveedor dentro de su red de proveedores. Cada sesión de terapia será cobrada por completo hasta que la cantidad del deducible se haya cumplido. Con gusto nuestro departamento de cobros le asistirá para determinar que seria su responsabilidad por cada sesión.
- **¿SOY RESPONSABLE POR LOS COBROS QUE SON REDUCIDOS POR MI AGENCIA DE SEGUROS?** No. Los cobros son reducidos por cantidad de cargos “usuales o habituales” o por un cargo mutuamente pre-determinado dentro de un horario aprobado por ambos nosotros los proveedores y la agencia de seguros del paciente. Estos cargos no serán cotizados bajo la “responsabilidad del paciente” en la explicación de beneficios.
- **¿SOY RESPONSABLE POR CODIGOS QUE SON NEGADOS POR MI AGENCIA DE SEGUROS?** Si. Con gusto nosotros podemos proveer documentación y/o cartas de apoyo para apelar cualquier código negado. También, nosotros haremos nuestro mejor esfuerzo para reenviar códigos de procedimiento alternativos. Sin embargo, **los pacientes son los únicos responsables por los cargos que no sean cubiertos por su agencia de seguros.** Le insistimos que participe activamente en el proceso de negación y hable por teléfono con su agencia de seguros para revisar el estatus de apelación diariamente.
- **¿QUÉ SUCEDE SI MIS BENEFICIOS NO SON SUFICIENTES?** Si después de consultar con su terapeuta y determinar que la continuación de servicios es necesitada, nosotros haremos el mejor esfuerzo para proveerle con la documentación requerida para asistirle en un proceso de apelación. Sin embargo, es la responsabilidad del asegurado apelar cualquier limitación impuesta en los beneficios de la póliza. También, es la decisión del asegurado si es que quiere continuar los servicios durante este proceso o no, pero el paciente últimamente será responsable por los cargos si es que la apelación es negada.
- **¿CADA CUANDO RECIBIRE UN ESTADO DE CUENTA?** Los estados de cuenta son proveídos al pedido. Estos estados de cuenta reflejan toda la actividad desde el mes anterior incluyendo cargos y pagos. Por favor no dude en contactar el departamento de cobros con cualquier pregunta o duda en relación con su cuenta.
- **COMO ASELERAR SU COBERTURA:** Usted es el titular de la póliza. Como tal, las agencias de seguros le prestan mas atención a ustedes que a nosotros. Usted a escogido la compañía de seguros y les paga la prima a ellos específicamente para pagar por sus servicios. A menudo es necesario que las familias propugnen por si mismos. Como habíamos mencionado, **le insistimos que participe en cualquier negación o discrepancias con su compañía de seguros.**

## Póliza de responsabilidad financiera

El pago es requerido al momento de efectuar servicios. Si por cualquier razón no podemos verificar su elegibilidad de seguros antes de su visita, **el paciente es responsable** por el cobro total de los servicios efectuados. El paciente es responsable por el balance total si el seguro no cubre terapia de habla y lenguaje o no cubre el balance total.

**La verificación de beneficios no garantiza el pago.** El paciente asume la responsabilidad por la autorización inicial requerida por su agencia de seguros y cualquier cobro que no cubra el seguro. Los beneficios dependen de su elegibilidad al momento de efectuar servicios. Todas las provisiones específicas al plan, exclusiones y limitaciones serán aplicadas al momento de que el reclamo sea procesado.

### PAGO POR SERVICIOS RECHAZADOS O NO CUBIERTOS

Si el seguro del paciente niega o considera que algún procedimiento es un servicio no cubierto por la póliza, **el paciente es responsable por el pago inmediato** de todos los servicios facturados. Los procedimientos y servicios incluyen evaluaciones, tratamientos y consulta. Para todos los pacientes será requerido tener una autorización de tarjeta de crédito en el sistema para poder hacer un cobro en caso de tener un balance vencido.

Yo entiendo **que soy responsable** y pagare por todos los siguientes cobros antes de que mi hijo/a o yo reciba servicios:

**COPAGO** – al momento de efectuar servicios

**FALTAS o CANCELACIONES TARDIAS - \$80.00**

**CHEQUES SIN FONDO-** \$35.00 por cheque

**COPIAS DE EXPEDIENTE - \$10.00**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que en consideración de los servicios que serán efectuados al paciente, individualmente me hago responsable por pagar la cuenta de Achieve Speech & Language Services, PLLC, de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de Achieve Speech & Language. Reconozco y entiendo que soy responsable por todos los cargos que no cubra mi agencia de seguros. Entiendo que soy responsable por pagar cualquier deducible, copago o servicios no cubiertos por mi agencia de seguro, tal como dicta mi póliza de seguro.

## Póliza de cancelación

Nuestra meta en Achieve Speech & Language Services, PLLC, es asegurar resultados terapéuticos positivos para cada niño. La asistencia consistente a las sesiones de terapia es crucial para realizar esta meta. Se hace un esfuerzo para programar sus servicios en una manera eficaz y a su conveniencia. Sin embargo, no podemos reservar tiempo de terapia para aquellos que no mantengan una asistencia consistente. Como tal:

### CANCELACIONES

- **Cualquier cancelación tiene que ser a lo menos 24 horas de anticipo.**  
Nosotros sabemos que las enfermedades inesperadas o eventos inesperados pueden ocurrir y que pueden causar problemas; por lo tanto, en estas circunstancias, le pedimos hacer cancelaciones tan siquiera la mañana antes de su cita. Cualquier cancelación hecha en menos de 24 horas es considerada una **cancelación tardía**. El paciente puede perder su tiempo de terapia si las cancelaciones son crónicas.

### PERSONA QUE NO SE PRESENTA NI CANCELA

- **“No-Presentarse”** (sin aviso previo) serán responsable por el cargo de una sesión regular con el costo de \$80.00 que se vence antes de su siguiente cita. Puede reprogramar la cita anulando el cobro de cancelación si la cita puede ser reprogramada (esto depende de la disponibilidad del terapeuta) a más tardar el **viernes** de la misma semana. Los seguros no cubren cargos de “no presentarse”.
- Clientes que habitualmente no se presentan a sus citas **con o sin** notificación son objeto de despido inmediato de los servicios terapéuticos. En la desafortunada ocasión que esto suceda una notificación será proveída.

### PUNTUALIDAD

- Debido a limitaciones en el horario y para respetar el tiempo de todos los clientes y terapeutas, la sesión de terapia terminará a la hora designada.

Existen excepciones a las pólizas mencionadas y son consideradas caso por caso. Si tiene cualquier pregunta o existe una situación que requiere consideración especial, favor de contactarnos lo más rápido posible. Le agradecemos su ayuda con estas metas.

## Póliza de quejas

Si existe cualquier queja en relación con nuestros servicios en la clínica, por favor comuníquese con la oficina principal para poder solucionar su problema lo más rápido posible. Si siente que Achieve Speech and Language no ha resuelto su problema adecuadamente, pueda hacer una queja personal formalmente a “The State Board Examiners for Speech-Language Pathology and Audiology” o “The Executive Council of Physical Therapy and Occupational Therapy Examiners”.

La “State Board Examiners for Speech-Language Pathology and Audiology” fue creada administrativamente dentro del “Department of State Health Services” (DSHS). Las quejas son hechas con la unidad de “Investigations and Quality Assurance “. Alguien que desee hacer una queja en contra de un patólogo, audiólogo, pasante o asistente puede hacerlo a:

Complaints Management and Investigative Section  
P.O. Box 141369  
Austin, Texas 78714-1369

## Asignación de Derecho de Pagos: Permitir que mi aseguradora le pague a Achieve directamente

Entiendo que esta asignatura de beneficios permite que los proveedores de atención médica de Achieve Speech & Language, PLLC, sean pagados directamente por mi aseguradora de salud u otro plan de beneficios médicos por los servicios que los proveedores médicos me proveen o a mi dependiente menor u otra persona titular de los beneficios médicos. A cambio de servicios rendidos y los que serán rendidos por los proveedores médicos, yo irrevocablemente asigno y transfiero a los proveedores médicos todo derecho e interés en beneficios de pagadero por servicios médicos proporcionados, que son proporcionados en cualquier o todas las pólizas de seguro y planes de salud del cual mis dependientes o yo tenemos el derecho de recobrar. Yo estoy de acuerdo y doy conocimiento que mi firma en este documento autoriza Achieve Speech & Language Services, PLLC, o su designado, a realizar reclamos por servicios profesionales rendidos o por servicios que serán rendidos, sin obtener mi firma en cada reclamo que será hecho por mi cuenta o del paciente.

Esta asignatura y transferencia tiene el propósito de proporcionar el derecho a los proveedores médicos el derecho independiente de recuperar en contra de mi asegurador o plan de beneficios de salud, pero no será tomada como obligación de los proveedores médicos para proseguir en el derecho de recuperación. En ningún evento los proveedores médicos pueden retener beneficios en exceso de la cantidad que se debe a los proveedores médicos por cuidados y tratamientos rendidos. En caso de que el plan de beneficios, el plan ERISA, local, programa estatal o federal o programa no asignable por cualquier motivo, yo especialmente mando que el pagador a tercero mande pago por cualquier beneficio proveído para mi o mi dependiente menor por Achieve Speech & Language Services, PLLC en mi atención a la dirección arriba. Al mandar pago en esta manera, yo absolvo al pagador de tercero de cualquier responsabilidad bajo el plan o póliza al alcance del pago hecho. Estoy de acuerdo que esta autorización cubrirá la asignatura de beneficios por todos los servicios médicos rendidos por Achieve Speech & Language Services, PLLC, hasta que dicha autorización sea revocada por mí en escrito. Yo estoy de acuerdo que una fotocopia puede ser usada en lugar de la original.

## Consentimiento para usar video, fotografía o voz del cliente

Al firmar el documento yo doy permiso, como padre/tutor legal a Achieve Speech & Language, PLLC, de usar el video, fotografía y/o voz de mi niño/a para el uso razonable en necesaria evaluación, tratamiento, educación o mercadotecnia. Yo ofrezco el uso de video, fotografía y/o voz de mi niño/a a Achieve Speech & Language Services libre de cargos. Yo entiendo que puedo rechazar el consentimiento a Achieve Language & Speech Services de usar el video, fotografía y/o voz de mi niño/a en cualquier momento dando aviso escrito a cualquier momento. Yo entiendo que Achieve Speech & Language Services mantiene conformidad con todas las leyes y estándares de privacidad y confidencia y no revelara el nombre de mi hijo/a o cualquier información que lo identifique.

## Libertad de Responsabilidad y tratamiento medico de emergencia

Al firmar el documento yo entiendo como padre/tutor legal, que soy responsable del comportamiento y seguridad de mi hijo/a mientras estoy en las instalaciones de Achieve Speech & Language Services, PLLC. Estoy de acuerdo en mantener a los empleados y agentes de Achieve Speech & Language Services libres de daños en caso de cualquier accidente o herida que ocurra en las instalaciones de Achieve Speech & Language Services, como resultado de la falta de supervisión del padre/cuidador o del comportamiento de mi hijo/a.

Yo entiendo que si yo me voy de las instalaciones mientras que mi hijo/a esta en terapia, tengo que estar disponible inmediatamente por medio de teléfono o biper. Estoy de acuerdo en notificar cada vez a mi terapeuta y al personal de la oficina antes de irme de las instalaciones.

Entiendo que en caso de una emergencia medica, el personal de Achieve Speech & Language Services llamara al 911 para tratamiento medico de emergencia.

## Aviso de privacidad: Manteniendo privada su información medica

EL SIGUIENTE AVISO DESCRIBE COMO ES QUE SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR DE REVISAR LA INFORMACION DETALLADAMENTE.

- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada a otros profesionales médicos dentro de la clínica con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado medico.
- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada a su proveedor de seguro medico con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado medico.
- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada a funcionarios públicos o cuerpos policiacos en caso de una investigación en cual usted es victima de abuso, un crimen o violencia domestica.
- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada a otros proveedores médicos con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado medico o en caso que necesite cuidados de emergencia.
- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada a organizaciones publicas de salud o organizaciones federales en caso de enfermedades transmisibles o reportes de aparatos defectuosos o un evento inusual que se relacione con un producto biológico (comida o medicamento).
- Su información confidencial de cuidado medico no puede ser proporcionada si se trata de cualquier otro propósito además de lo que este en este aviso.
- Su información confidencial de cuidado medico puede ser proporcionada solamente después de recibir consentimiento por escrito y ser firmado por el mismo. Usted puede revocar el permiso de proporcionar su información personal de cuidado medico en cualquier momento.
- Usted puede ser contactado por la clínica para recordarle de citas, opciones de tratamientos médicos u otros servicios médicos que le puedan interesar.
- Tiene derecho de restringir el uso de su información medica confidencial. Sin embargo, la clínica puede no tomar en cuenta su restricción si entra en conflicto con proveerle cuidado medico de calidad o en caso de emergencia.
- Tiene derecho recibir comunicación confidencial sobre su estatus de salud.
- Tiene derecho revisar y fotocopiar cualquier o todas las porciones de su expediente de salud. La copia del expediente tiene un cargo de \$10.00.
- Tiene derecho de hacer informes suplementarios a su información de salud.
- Tiene el derecho de recibir y poseer una copia de su Aviso de Privacidad. Esta copia solamente puede ser en forma de transmisión electrónica o papel.
- Por ley la clínica tiene que proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendrá confidencial cualquier y toda la información personal medica y proveerá a los pacientes con una lista de practicas y funciones que protegen la información medica confidencial.
- La clínica seguirá los términos de este aviso. La clínica reserva el derecho de hacer cambios a este aviso para continuar manteniendo la confidencia de toda información medica privada.
- Usted tiene el derecho de quejarse con el oficial de privacidad si usted cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos. Si usted piensa que sus derechos han sido violados, por favor enví su queja a la clínica:

- Todas las quejas serán investigadas. No habrá ningún problema por presentar una queja relacionada con la clínica.
- Para mas información sobre este Aviso de Privacidad, favor de contactar:
  - Oficial de privacidad – Kandy Jenkins
  - (281)-812-9519
- Este aviso entra en efecto el 5 de junio del 2007

## **Derechos y Responsabilidades del paciente: Declaracion de derechos Achieve**

### **Derechos**

1. Acceso a Cuidado: Se concederá acceso imparcial a tratamiento o acomodaciones de acuerdo a sus pedidos y necesidades para tratamiento o servicios que estén dentro de la capacidad, disponibilidad, misión establecida, leyes y reglas, a pesar de raza, credo, genero, nacionalidad, religión, discapacidad u origen de pago.
2. Respeto y Dignidad: Cada individuo, sea adulto, adolescente, niño o recién nacido, tiene el derecho de considerar, cuidado respetuoso a todo tiempo y en todas circunstancias, con reconocimiento de su dignidad personal y variables culturales que tengan influencia en la perspectiva de la enfermedad.
3. Privacidad y Confidencialidad: El cliente (o padre/tutor legal) tiene el derecho dentro de la ley, a la privacidad de la información personal e informativa, como esta manifestado por el derecho de:
  - a. Recibir tratamiento apropiado en la configuración menos restringida disponible.
  - b. Puede rechazar el hablar o ver a cualquier persona que no este conectado con la clínica, incluyendo visitantes o personas oficialmente conectadas con la clínica pero que no estén directamente involucradas con su tratamiento.
  - c. Llevar puesto prendas de vestir adecuadas con símbolos religiosos u otros símbolos mientras no interfieran con los procedimientos diagnósticos o tratamiento.
  - d. Ser entrevistado y/o examinado en lugares designados para asegurar la privacidad audiovisual. Esto incluye el derecho de tener una persona de su propio genero presente, si lo es solicitado, durante ciertas partes de un examen físico, tratamiento o procedimiento hecho por un profesional medico del sexo opuesto y el derecho de no permanecer desnudo mas de lo que es requerido para hacer el procedimiento medico para cual el paciente ha sido desnudado.
  - e. Esperar que cualquier discusión o consulta que involucre al cliente , sea adulto, adolescente, niño o recién nacido será hecha discretamente y sin individuos no estén directamente involucrados con su cuidado sin el permiso del cliente.
  - f. Revisar su expediente médico y tener a alguien que le explique, excepto cuando es restringido por la ley.
  - g. Tener disponibles los expedientes médicos solamente para aquellos que estén involucrados directamente con el tratamiento del paciente o estén monitoreando la calidad del tratamiento o por individuos (o los padres/tutores legales) que tengan autorización escrita. Cuando los archivos sean liberados a aseguradores, que la confidencialidad sea enfatizada.
  - h. Esperar que toda comunicación y otros archivos asociados con el cuidado del individuo, incluyendo la fuente de pago para el tratamiento sea manejado como confidencial.
  - i. Pedir una transferencia a otra sala de tratamiento, si otro cliente o visitante esta molestando en una manera irrazonable.
  - j. Ser puesta en privacidad protectora cuando es considerado necesario para seguridad personal.
4. Seguridad Personal: El cliente tiene el derecho de tener una experiencia segura dentro de las practicas y medioambiente. Un entorno humano que provea una protección razonable de daño y privacidad apropiada por razones personales.
5. Identidad: El cliente tiene derecho de saber la identidad y estatus profesional de los individuos que le proveen servicios y saber que medico u otro practicante es responsable por su cuidado. Esto también incluye saber si hay una relación profesional entre individuos que lo estén tratando tanto como la relación de la clínica con otra institución de salud o educativa a cargo de su tratamiento. La participación de los clientes en programas clínicos de entrenamiento o la recolección de información para investigaciones tiene que ser voluntaria.
6. Información: El cliente tiene derecho de obtener información del practicante responsable por la coordinación de su cuidado completo e información al corriente relacionada con el diagnostico (hasta punto mas conocido), tratamiento y prognosis. Esta información será comunicada en términos que el cliente ( o padres/tutores legales) razonablemente pueda entender. Cuando no es medicamente sugerido dar esta información al cliente, la información será disponible a un individuo legalmente autorizado.

7. **Comunicación:** El cliente tiene derecho de tener acceso a personas fuera de la clínica por medio de visitantes y por medio de comunicación verbal y escrita. El cliente que no entienda la lengua predominante de la comunidad tendrá acceso a un interprete. Esto será implementado en casos donde existe un problema de comunicación.
8. **Consentimiento:** El cliente tiene derecho de tener la información necesaria que le permita, en colaboración con su practicante medico, hacer decisiones de tratamiento que involucren su cuidado medico y sus deseos. Hasta el punto posible, el consentimiento tiene que ser basado en una explicación clara y concisa de la condición y de todos los de los efectos secundarios, problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito. El cliente no debe someterse a ningún procedimiento involuntario, sino debe de ser por medio del consentimiento voluntario y competente. Donde existe una necesidad significativa de cuidado medico o existe algún tratamiento, el cliente debe de estar informado. El cliente tiene el derecho de saber quien es responsable por autorizar y desempeñar los procedimientos o tratamientos. El cliente tiene que ser informado si la clínica tiene intenciones de tomar parte o conducir investigaciones o proyectos educativos que puedan afectar el cuidado o tratamiento. También, el paciente tiene el derecho de tomar parte de dichas actividades. Si el paciente no quiere tomar parte, el debe de recibir el cuidado mas efectivo que la clínica pueda darle.
9. **Consulta:** El cliente tiene derecho de aceptar o rechazar cuidado o tratamiento así como es permitido por la ley siempre y cuando se le informe de las consecuencias medicas que este rechazo conlleva. Cuando se efectúa el rechazo de tratamiento por el cliente o por medio de su padres/tutor legal y previene el cuidado apropiado de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, la relación con el cliente puede ser liquidada dentro de un aviso razonable. El cliente tiene derecho de un tratamiento individualizado y de participar en el desarrollo de un plan.
10. **Transferencia y Continuidad de Cuidado:** El cliente tiene derecho de tener una expectativa de la clínica la cual establece que la clínica emprenderá en los servicios de salud necesarios y desempeñaran el trabajo a lo mejor de sus habilidades. Una referencia de transferencia puede ser recomendada. Si la transferencia es recomendada o requerida, el cliente será informado de los riesgos, beneficios o alternativas. El cliente no será transferido hasta que la otra institución acuerde aceptar al cliente.
11. **Cargos:** A pesar de la fuente de pago para el cuidado del individuo, el cliente tiene el derecho de pedir y recibir una factura desglosada por los servicios rendidos en la clínica. El cliente tiene el derecho de recibir una notificación con tiempo antes de dar por liquidada su elegibilidad de reembolso por cualquier pagador de tercero por el costo de su cuidado.
12. **Delineación de los derechos del cliente:** Los derechos del cliente pueden ser delineados en representación del cliente, al punto permitido por la ley, el tutor legal, familiar mas cercano o persona autorizada legalmente si el cliente:
  - a. Ha sido adjudicado incompetente de acuerdo a la ley; o
  - b. Es designado por su doctor incapaz medicamente de entender el tratamiento o procedimiento propuesto; o
  - c. No puede comunicar sus deseos en relación a su tratamiento; o
  - d. Es menor de edad.

## RESPONSABILIDADES

1. El cliente tiene la responsabilidad de proveer, a su mejor conocimiento, información precisa y completa de sus quejas mas recientes, pasadas enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otras cuestiones relacionadas con la salud. El cliente tiene la responsabilidad de reportar cualquier cambio inesperado en su condición al practicante responsable. El cliente es responsable de dar a saber si entiende claramente el plan contemplado y que es lo esperado de él.
2. El cliente tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por el practicante primario responsable por su cuidado. Esto puede incluir seguir instrucciones del personal medico al efectuar el plan coordinado de cuidado e implementar las ordenes del practicante porque ellos son los que hacen cumplir las reglas y regulaciones aplicadas.
3. El cliente tiene la responsabilidad de mantener sus citas y cuando el no pueda hacerlo por cualquier motivo, es responsable de notificar al practicante responsable o la clínica.
4. El cliente es responsable pos sus acciones si es que rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del practicante. Si el cliente no puede seguir el tratamiento, el es responsable en dejarle saber al medico.
5. El cliente es responsable por asegurarse que sus obligaciones financieras estén seguras lo mas pronto posible. El cliente es responsable por proveer la información de su aseguradora medica.
6. El cliente es responsable de seguir las reglas de la clínica y regulaciones que afecten el cuidado del cliente y conducta.
7. El cliente es responsable de considerar los derechos de otros clientes y personal y por asistir en el control de ruido. El cliente es responsable por ser respetuoso de la propiedad de otros y de la clínica.



19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104Humble, Texas 77346  
Tel: (281)812-9519 Fax: (281) 812-5719 Correo Electrónico: Info@[AchieveSLS.com](mailto:Info@AchieveSLS.com)

## Reconocimiento de recibo del Manual del Paciente

He leído y reconozco recibir el manual del paciente. Al **poner mis iniciales** en las siguientes secciones, yo estoy de acuerdo y cumpliré con todas las pólizas y procedimientos establecidos por Achieve Speech & Language.

\_\_\_\_\_ Información de la aseguradora medica

\_\_\_\_\_ Responsabilidad financiera

\_\_\_\_\_ Póliza de cancelación y asistencia

\_\_\_\_\_ Póliza de quejas

\_\_\_\_\_ Asignación de derechos de pago

\_\_\_\_\_ Derecho de uso de video, fotografía y voz

\_\_\_\_\_ Liberación de responsabilidad

\_\_\_\_\_ Aviso de privacidad

\_\_\_\_\_ Derechos y responsabilidades del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104 Humble, Texas 77346  
Tel: (281)812-9519 Fax: (281) 812-5719 Correo Electrónico: Info@[AchieveSLS.com](mailto:Info@AchieveSLS.com)

**Autorización de pago automatizado**

\*\* Requerido para pago privado

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Favor de circular una:

American Express      Master Card      Visa      Discover

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre exacto como aparece en la tarjeta:

\_\_\_\_\_

Numero de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Firma del pagador: \_\_\_\_\_

*Entiendo que esto permite a Achieve Speech & Language hacer cargos semanales o mensuales de una manera segura y automática a esta tarjeta de crédito para cubrir los copagos, coaseguros y/o los deducibles. La cantidad no rebasara la cantidad de \$\_\_\_\_\_.*

Por favor haga cargos a mi tarjeta de crédito: (Ponga sus iniciales abajo)

\_\_\_\_\_ Mensual      \_\_\_\_\_ Semanales

\*\*Pago automático es requerido si su cita es a las 4:00 pm o mas tarde. Favor de ver a su terapeuta si tiene preguntas o dudas.



19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104 Humble, Texas 77346  
Tel: (281)812-9519 Fax: (281) 812-5719 Correo Electrónico: Info@[AchieveSLS.com](mailto:Info@AchieveSLS.com)

**Autorización de Información por el Asegurado para el propósito de Tratamiento, Pago y Operaciones del Cuidado de la Salud**

Por la presente yo autorizo a cualquier pagador a tercero, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, plan de beneficios del trabajador, planes ERISA, local, agencias gubernamentales estatales o federales a comunicarse libremente con Achieve Speech & Language Services, PLLC, o su agente o representante, a base de cualquier información que, en cualquier manera, se relacione con el reclamo presentado para el reembolso por mi el cliente o Achieve Speech & Language. Esto incluye, pero no esta limitado a toda la información que pueda relacionarse a cualquier decisión rendida en nombre mío o una autorización del dependiente pequeño. También yo autorizo a cualquier proveedor de cuidados de salud que me ha proveído cuidados o ha proveído cuidados a mi dependiente menor autorizar a Achieve Speech & Language, o su agente o representante, información en relación con el cuidado que me han proveído o a mi dependiente menor la cual la oficina medica cree necesaria presentar a un proveedor a terceros en un proceso de reclamo de reembolso.

Yo autorizo a Achieve Speech & Language, o su agente o representante, a autorizar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación o tratamiento a los cobradores de proveedores de cuidados médicos, compañías aseguradoras (o sus agentes) con el propósito de hacer un reembolso, y las agencias federales y estatales de acuerdo con la ley establecida. Yo entiendo que la información especifica que será revelada puede incluir el historial de uso y abuso de sustancias toxicas y alcohol, tratamiento de salud mental, información en relación a enfermedades transferibles tales como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultados de laboratorio, progreso de tratamiento y cualquier información relacionada. Yo estoy de acuerdo que esta autorización cubre los servicios médicos rendidos hasta que dicha autorización sea revocada por mi. Yo estoy de acuerdo que una fotocopia puede ser usada en vez de la original.

Nombre del Paciente

Firma del padre/ Tutor legal

Fecha



19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104Humble, Texas 77346  
Tel: (281)812-9519 Fax: (281) 812-5719 Correo Electrónico: Info@[AchieveSLS.com](mailto:Info@AchieveSLS.com)

**Autorización de Información a Miembros de familia o Tutores legales**

Por la presente yo autorizo a Achieve Speech & Language Services a compartir información:

*(favor de poner una marca a una o las dos)*

En relación a las actividades de terapia/ tarea

Por favor haga una lista de las personas (ej. Miembros de familia/ cuidadores) con las cuales podemos compartir la información tachada.

---

---

---

En relación a mi seguro medico, cobros y/o cargos

Por favor haga una lista de las personas (ej. Miembros de familia/ cuidadores) con las cuales podemos compartir la información tachada.

---

---

---

Nombre del paciente

Firma del padre/ Tutor legal

Fecha