

**SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE BAYCARE**  
**(BayCare Behavioral Health)**  
Acuerdo y Consentimiento del Paciente

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre
MR#	CC#:	Fecha:

Como una condición de mi ingreso a BayCare Behavioral Health, por la presente acepto lo siguiente:

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por la presente autorizo al médico/clínica a cargo de mi cuidado y a BayCare Behavioral Health a supervisar mi plan de tratamiento y mis medicamentos de salud conductual según sea necesario según mis síntomas de salud mental. Entiendo que, bajo la supervisión de mi médico, puede utilizarse una Enfermera Practicante Registrada Avanzada para mi cuidado y tratamiento. **Doyle mi consentimiento voluntariamente para el tratamiento.**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL:** Por la presente autorizo a BayCare Behavioral Health y o/cualquier médico/clínica tratante a obtener, usar y/o divulgar información (actual y anterior) con el propósito de tratamiento, pago u operaciones como se indica en el aviso de prácticas de privacidad. Esto puede incluir agencias de cobro y burós de crédito y se limitará a la cantidad mínima necesaria (incluyendo psiquiátricas, abuso de drogas, alcohol o VIH). Por la presente autorizo a BayCare Behavioral Health y/o al médico/clínica tratante a divulgar información de mis expedientes médicos a otros proveedores/centros de salud para que pueda ser transferido para servicios de emergencia.

**MEDICARE / MEDIGAP / MEDICAID / CERTIFICACIÓN DE PACIENTE / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO:**

Yo certifico que la información dada para solicitar pago bajo el título XVIII, XVIII y/o XIX de la ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo al titular de la información de mi salud conductual a divulgar a la administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías, cualquier información necesaria para esto o relacionada con una reclamación de Medicare. Solicito que el pago de las prestaciones autorizadas se haga a mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos al médico o la organización que provee los servicios y/o autorizo a tal médico u organización a presentar una reclamación a Medicare, Medigap o Medicaid para pago a mí. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible y copago del seguro médico. Hay un informe detallado disponible a petición.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Por la presente asigno, otorgo y transfiero a BayCare Behavioral Health, ahora y en el futuro, todo mi derecho e interés en lo siguiente: (a) cualquier beneficio presente o futuro debido o por cobrar por mí o en mi nombre de cualquier asegurador, organización de mantenimiento de salud, Organización de proveedores preferidos, plan de beneficios de salud de empleador u otros terceros pagadores para los costos que yo incurra al recibir servicios de salud conductual de BayCare. y (b) cualquier y todo el dinero u otros beneficios pagados o pagaderos a mí y/o a mis abogados de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que se obtenga como resultado de la lesión o condición médica por la cual le debo a BayCare Behavioral Health. Estoy de acuerdo que si la suma recibida por BayCare Behavioral Health es insuficiente para cubrir el costo total del servicio, incluyendo el copago y el deducible, seré personalmente responsable del pago de la diferencia. También entiendo y acepto que si la naturaleza de los servicios proporcionados por BayCare Behavioral Health no está cubierta por dicha póliza de seguro, yo soy responsable de pagarle a Baycare Behavioral Health la factura total.

**GARANTÍA DE PAGO:** Por el valor recibido, el abajo firmante acuerda garantizar y promete pagar a BayCare Behavioral Health y/o cualquier médico todos los cargos y gastos incurridos en el tratamiento, incluyendo los gastos no cubiertos por cualquier póliza de seguros vigente, incluyendo cualquier copago o deducible. Si cualquier acción en ley o inequidad surgiera para hacer cumplir este acuerdo, BayCare Behavioral Health entiende que todas las facturas son pagaderas y debidas al ser presentadas. Entiendo y acepto que si BayCare Behavioral Health necesitara presentar un reclamo o una acción para hacer cumplir este acuerdo, BayCare Behavioral Health tendrá derecho a recuperar de parte mía, los honorarios razonables de su abogado, los costos de la corte y cualquier otro costo de colecciones, además de la suma debida a BayCare Behavioral Health por sus servicios.

**NEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO:** Behavioral Health BayCare hará todo lo posible para obtener autorización /pre-autorización de pago para todos los acuerdos contractuales de atención médica. Si, sin embargo, se recibe una negación, el paciente/garante es responsable por todos los cargos y penalidades incurridas, las cuales serán pagaderas y debidas al momento de su presentación.

P A C I E N T E
--------------------------------------

**SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE BAYCARE**  
**(BayCare Behavioral Health)**  
Acuerdo y Consentimiento del Paciente

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y RESPONSABILIDAD POR OBJETOS PERSONALES DE VALOR: Entiendo y estoy de acuerdo que BayCare Behavioral Health no es responsable por objetos o pertenencias personales de valor que se hayan traído o dicho haber traído a la instalación, por nombre del paciente/cliente o su representante. Los objetos o pertenencias personales de valor incluyen, pero no se limitan a: ropa, productos de higiene personal, artículos de aseo, dentaduras, lentes, dispositivos protésicos (como audífonos, prótesis o dispositivos de ayuda, tales como: bastones, andadores o sillas de ruedas), tarjetas de crédito, joyas y dinero. Entiendo que hay candados disponibles para asegurar mis objetos personales de valor lo suficientemente pequeños para caber en un sobre de seguridad.

DIVULGACIÓN DE ADMISIÓN PARA EL TRATAMIENTO

BayCare Behavioral Health nunca confirmará ni negará su condición de admisión sin su consentimiento /autorización, excepto cuando sea requerido por la Ley de Salud Mental de Florida (Ley Baker), S.394.4597 Y S. 394.4599, F.S.

RECIBO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y GUÍA DE ORIENTACIÓN: Mi firma en este documento representa mi acuse de recibo de los derechos y responsabilidades en virtud del estatuto 381.026 de Florida, un Aviso de Privacidad y una copia de la Guía de Orientación, antes o en el momento de ser admitido.

*POR EL PRESENTE ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO HAN SIDO TOTALMENTE LEÍDOS, ENTENDIDOS Y ACEPTADOS VOLUNTARIAMENTE; QUE HE EJECUTADO ESTE ACUERDO VOLUNTARIAMENTE Y CON PLENA COMPRENSIÓN; QUE YO HE ACEPTADO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES; QUE RECIBIRÉ UNA COPIA DE ESTE ACUERDO SI LO SOLICITO; Y QUE ESTOY DE ACUERDO QUE UNA COPIA DE ESTE ACUERDO SERÁ TAN EFICAZ COMO SU ORIGINAL.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

P  
A  
C  
I  
E  
N  
T  
E