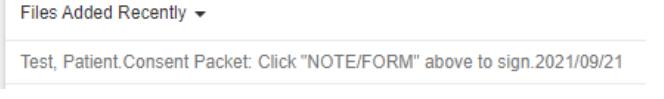
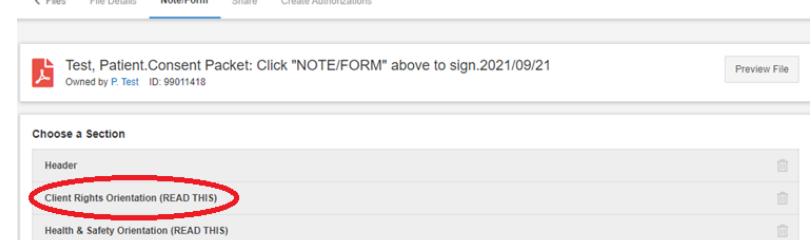
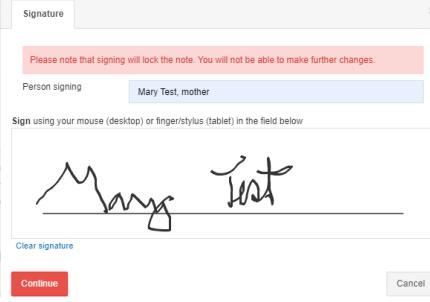
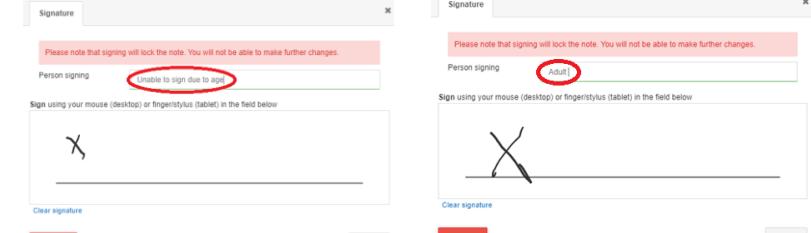
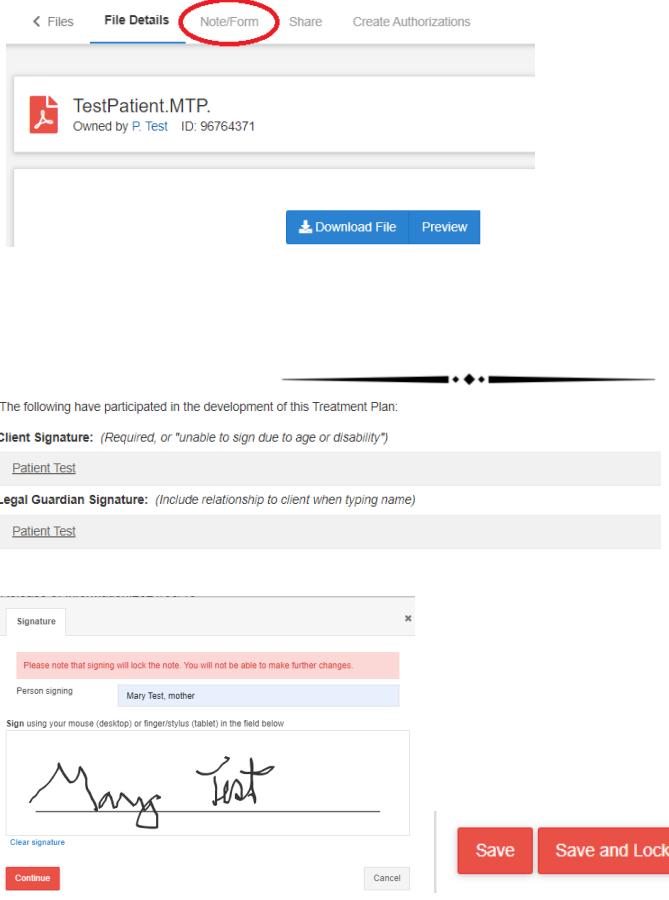


## CLIENTE: CÓMO FIRMAR DOCUMENTOS EN CENTRAL REACH

<p>1. Despues de iniciar sesion, verá su Panel de control de alcance central. Busque el cuadro etiquetado "<b>Mis archivos agregados recientemente</b>"</p>					
<p>2. Haga clic en el archivo llamado Paquete <b>deconsentimiento</b> y aparecerá un cuadro.      3. Haga clic en "<b>Nota/Formulario</b>" en la parte superior para ver el documento</p>					
<p>4. En "<b>Elija una sección</b>",</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haga clic en "Orientación a los derechos del cliente" y lea el contenido, luego haga clic en <b>Next &gt;</b></li> <li>Lea la "Orientación de salud y seguridad" y, a continuación, haga clic en <b>Next &gt;</b></li> </ul>					
<p>5. <b>Acuerdo de tratamiento:</b> Leer y firmar. Para firmar, haga clic en el <b>área</b> de firma (nombre del cliente) y se abrirá un cuadro emergente de firma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escriba su nombre y apellido, luego su relación con el cliente</li> <li>Iniciar sesión en el área de firma</li> <li>Haga clic en <b>Continue</b>, a continuación <b>Save</b></li> </ul>					
<p>9. <b>Acuerdo de no presentación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Este documento requiere tanto la firma del cliente menor como la del padre.</li> <li>Si el niño es demasiado pequeño o retrasado para poder firmar, escriba "<b>No se puede firmar debido a la edad (o discapacidad)</b>" y luego haga una X en el área de firma.</li> <li>Los clientes adultos pueden escribir "<b>Adulto</b>" y luego dibujar una X en el espacio de firma "Padre/tutor".</li> </ul>					
<p>6. <b>Acuerdo financiero:</b> Leer y firmar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si su seguro no tiene un copago / coseguro, se debe verificar "sin costo".</li> <li>Si su seguro tiene un deducible, copago o coseguro, complete y firme el área de la <b>tarjeta de crédito</b>.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> <b>No cost:</b> I understand that my insurance plan has no deductible, coinsurance, or copayment.</p> <p>I agree to pay for my share of the cost of services in the following manner:  <input type="checkbox"/> CASH/CHECK/MONEY ORDER: I will give the payment to the clinician at the end of each session (in-person services only)  <input type="checkbox"/> CREDIT/DEBIT CARD: I authorize Adapt Behavioral Services to pay for my services using the credit or debit card below (Minimum charge: \$5)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>CREDIT/DEBIT CARD AUTHORIZATION</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Credit card type: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Discover (we do not accept American Express)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Credit card #: <input type="text"/> 16 digits <input type="checkbox"/> Expiration Date: <input type="text"/> MM/YY <input type="checkbox"/> Security Code: <input type="text"/> 3-digit code <input type="checkbox"/> Zip code: <input type="text"/> Text box</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Authorizing Signature: <input type="text"/> Another Test</td> </tr> </table>	<b>CREDIT/DEBIT CARD AUTHORIZATION</b>	Credit card type: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Discover (we do not accept American Express)	Credit card #: <input type="text"/> 16 digits <input type="checkbox"/> Expiration Date: <input type="text"/> MM/YY <input type="checkbox"/> Security Code: <input type="text"/> 3-digit code <input type="checkbox"/> Zip code: <input type="text"/> Text box	Authorizing Signature: <input type="text"/> Another Test
<b>CREDIT/DEBIT CARD AUTHORIZATION</b>					
Credit card type: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Discover (we do not accept American Express)					
Credit card #: <input type="text"/> 16 digits <input type="checkbox"/> Expiration Date: <input type="text"/> MM/YY <input type="checkbox"/> Security Code: <input type="text"/> 3-digit code <input type="checkbox"/> Zip code: <input type="text"/> Text box					
Authorizing Signature: <input type="text"/> Another Test					
<p>7. <b>Notificación de PCP:</b> Complete la información de su médico de atención primaria (generalmente que figura en su tarjeta de seguro) antes de firmar.</p>	<p>This client's Primary Care Physician is as follows:</p> <p>PCP Name: <input type="text"/> Physician and Agency/Practice</p> <p>PCP Address: <input type="text"/> PCP Address <input type="checkbox"/> City: <input type="text"/> PCP City <input type="checkbox"/> State: <input type="text"/> Florida <input type="checkbox"/> Zip Code: <input type="text"/> PCP Zip</p> <p>PCP Phone: <input type="text"/> PCP Phone <input type="checkbox"/> Fax: <input type="text"/> PCP Fax <input type="checkbox"/> PCP Email: <input type="text"/> PCP Email</p>				

<p><b>8. Consentimiento de telesalud:</b> Incluso si planea tener servicios en persona, firme este formulario (en caso de exposición o infección por Covid, podría tener una sesión de telesalud en lugar de cancelar)</p>	 <b>TELEHEALTH SERVICES CONSENT</b> Client name: <u>Another Test</u> , Date of Birth: <u>34/01/2015</u> Telehealth is the use of secure, real-time, interactive audio-video communication to provide healthcare services at a distance. Although in-person services are preferred, there are circumstances that prevent in-person sessions, and telehealth may be an effective alternative to maintain continuity of treatment. Telehealth services may include: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brief assessment (30 minutes) with our Licensed Evaluator (Medicaid requirement)</li> <li>• Individual therapy (up to 1 hour)</li> <li>• Family therapy, which may involve having family members or other significant people participate in sessions with the client or by themselves for the benefit of the client</li> <li>• ABA services (Caregiver training with client present only)</li> </ul> The laws that protect the confidentiality of your personal healthcare information also apply to telehealth. Any images or video from telehealth sessions will not be saved, stored, or shared without your written consent. There may be drawbacks associated with participating in services through telehealth, including, but not limited to: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telehealth sessions could be disrupted or distorted by technical failures</li> <li>• Telehealth services may not be as comfortable or effective as in-person services</li> </ul>
<p><b>9. Consentimiento de servicios en persona:</b> Solo firme este formulario si está programado para servicios en persona (en el hogar, en la escuela, en la oficina)</p>	 <b>IN-PERSON SERVICES CONSENT</b> Client name: <u>Patient Test</u> , Date of Birth: <u>05/01/2010</u> Adapt Behavioral Services is committed to the wellbeing of our clients, staff, and community. Due to the scientific evidence that all known Covid-19 variants are highly transmissible through the air in close face-to-face services. Below you will find a list of procedures expected of your clinician, and a list of safety precautions expected of you and your household members when receiving home-based, face-to-clinician, yourself or your household members, unless notified of policy changes by your clinician.
<p><b>10. Divulgación de información:</b> Si tiene un administrador de casos, o la escuela hizo la solicitud de servicios, complete y firme</p>	<p>Agency Name: <u> </u> Agency to release information to <u> </u> Agency Contact Person: <u> </u> Agency Contact Person <u> </u>  Agency Address: <u> </u> Agency/Contact Address <u> </u> City: <u> </u> Agency/Contact City <u> </u> State: <u>Florida</u> Zip Code: <u> </u> Agency/Contact Zip <u> </u>.  Agency Phone: <u> </u> Contact Phone <u> </u> Fax: <u> </u> Contact Fax <u> </u> Contact Email: <u> </u> Contact Email <u> </u></p>
<p><b>11. Envíe un mensaje de texto o correo electrónico a su médico para notificar que se realizan los formularios de consentimiento.</b></p>	
<p><b>12. Plan Maestro de Tratamiento:</b> Aproximadamente un mes después de su sesión de admisión, su médico preparará este documento para su firma.</p> <p><b>13. Revisión del plan de tratamiento:</b> Aproximadamente 3 meses después de su sesión de admisión, su médico preparará este documento para su firma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haga clic en el documento que necesita firmar, luego haga clic en "Nota/Formulario" y desplácese hasta la parte inferior de la página para firmar.</li> <li>• Haga clic <b>Save</b> (no en Guardar y bloquear)</li> </ul> <p><b>NOTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos documentos requieren tanto la firma del cliente menor como la del padre.</li> <li>• Si el niño es demasiado pequeño o retrasado para poder firmar, escriba "<b>No se puede firmar debido a la edad (o discapacidad)</b>" y luego haga una X en el área de firma.</li> <li>• Los clientes adultos pueden escribir "<b>Adulto</b>" y luego dibujar una X en el espacio de firma "Padre/tutor".</li> </ul>	 <p>The following have participated in the development of this Treatment Plan:</p> <p><b>Client Signature:</b> (Required, or "unable to sign due to age or disability")  <u>Patient Test</u></p> <p><b>Legal Guardian Signature:</b> (Include relationship to client when typing name)  <u>Patient Test</u></p> <p><b>Signature</b></p> <p>Please note that signing will lock the note. You will not be able to make further changes.</p> <p>Person signing <u>Mary Test, mother</u></p> <p>Sign using your mouse (desktop) or finger/stylus (tablet) in the field below</p> <p></p> <p><b>Save</b> <b>Save and Lock</b></p>
<p><b>14. Envíe un mensaje de texto o correo electrónico a su médico para notificar que se realiza el MTP o TPR</b></p>	