



Southwest Behavioral & Health Services

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono	

He recibido una copia del Paquete de Consentimiento de Servicios de Salud y Comportamiento de Southwest Behavioral and Health Services, que se resume a continuación. Entiendo cada formulario tal como se me ha presentado y estoy de acuerdo con las guías y expectativas. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar los formularios de consentimiento a continuación y entiendo que tengo la capacidad de hacer preguntas a mi satisfacción como parte del proceso de admisión de SB&H. Entiendo que se colocará una copia de esta página en mi registro clínico para demostrar que recibí el contenido de este documento.

Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento (Manual SB&H)

Por la presente doy fe y reconozco que he leído por completo este acuerdo de consentimiento para evaluación y/o tratamiento y declaro, confirmo y certifico expresamente que tengo la autoridad para ejecutar este acuerdo en mi nombre o en el del menor correspondiente conforme con todos y cada uno de los términos y condiciones identificados y expresados en este Acuerdo. He tenido amplia oportunidad de revisar el contenido de este Acuerdo y por lo presente autorizo a SBH a proceder en función de mi autoridad para otorgar a SBH la capacidad de evaluarme y/o tratarme a mí mismo o al menor aplicable. Expresé y representé inequívocamente mi capacidad y autoridad para otorgar a SBH el derecho a proceder.

Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Telepráctica (Manual SB&H)

Consiento No Consiento Participar en servicios de telepráctica

Consentimiento de comunicación Correo electrónico Correo de voz Texto

Acuerdo de Guías de Asistencia (Manual SB&H)

Reconocimiento del Manual del Miembro del Plan de Salud (enlaces en el manual de SB&H)

Acuerdo de Pago: Doy mi consentimiento para que SBH facture a mi aseguradora por los servicios proporcionados según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad mencionado a continuación. Elijo recibir servicios con la comprensión de que puedo ser personalmente responsable de pagar por el servicio que se me está brindando. (Manual de SB&H)

Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Lista De Servicios Disponibles en SB&H, Planificación de Servicios, Planificación de Transición/Alta, Tarifas, Seguridad, Código de Ética de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de AHCCCS, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias, Derechos de las Personas Atendidas, Derechos Adicionales para Instalaciones de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados o Residenciales, Derechos Legales para Personas con Enfermedades Mentales Graves, Aviso a personas con enfermedades mentales graves, Aviso a personas que reciben servicios de abuso de sustancias, Política y procedimiento de quejas, apelaciones y quejas). Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas: 602-364-3030; Oficina de Licencias de Instalaciones de Salud Conductual: 602-542-3422.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Paciente	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Miembro del Personal de SBH	Fecha



Southwest Behavioral & Health Services
Formulario de solicitud de divulgación de información y registros

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros Marque aquí si desea solicitar sus registros
- Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los registros sean enviados? Correo Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas) Correo electrónico (incluye la dirección): _____

Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán) últimos 60 días últimos 90 días últimos 12 meses

Otro (incluya las fechas): _____ a _____

Yo, _____
 Nombre del Paciente Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:

_____ Southwest Behavioral & Health Services _____	_____
_____ Agencia/Nombre del Proveedor _____	_____ Teléfono _____
_____ Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	_____ Fax _____
Y	
_____	_____
_____ Agencia/Nombre del Proveedor _____	_____ Teléfono _____
_____ Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____	_____ Fax _____

Aviso al Destinatario: El 16 de febrero de 2024, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), a través de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y la Oficina de Derechos Civiles, anunció una norma final que modifica la normativa sobre la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), parte 2. Esta modificación permite un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y atención médica. También permite a las entidades cubiertas por la HIPAA y a los socios comerciales que reciben registros bajo este consentimiento volver a divulgarlos de acuerdo con la normativa de la HIPAA. Sin embargo, se requerirá un consentimiento por separado para el uso y la divulgación de las notas de Consejería sobre SUD.

Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio |
| <input type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos | <input type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológico | <input type="checkbox"/> Medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | | |

Propósito de la Solicitud: _____

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Practicas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

La Autorización vence:

- 1 año a partir de esta fecha
- Otro: _____ (otra fecha – no más de un año)

_____	_____
Firma del Paciente/Tutor Legal	Fecha
_____	_____
Otra Firma Requerida (si aplica)	Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

***Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.**



Southwest Behavioral & Health Services
Formulario de solicitud de divulgación de información y registros

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros Marque aquí si desea solicitar sus registros
 Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los registros sean enviados? Correo Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas) Correo electrónico (incluye la dirección): _____

Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán) últimos 60 días últimos 90 días últimos 12 meses
 Otro (incluya las fechas): _____ a _____

Yo, _____
Nombre del Paciente Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:

Southwest Behavioral & Health Services _____
Agencia/Nombre del Proveedor Teléfono

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Fax

Y

Agencia/Nombre del Proveedor Teléfono

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Fax

Aviso al Destinatario: El 16 de febrero de 2024, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), a través de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA) y la Oficina de Derechos Civiles, anunció una norma final que modifica la normativa sobre la Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD) del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), parte 2. Esta modificación permite un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y atención médica. También permite a las entidades cubiertas por la HIPAA y a los socios comerciales que reciben registros bajo este consentimiento volver a divulgarlos de acuerdo con la normativa de la HIPAA. Sin embargo, se requerirá un consentimiento por separado para el uso y la divulgación de las notas de Consejería sobre SUD.

Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:

<input type="checkbox"/> Evaluación Clínica	<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio
<input type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos	<input type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento	
<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológico	<input type="checkbox"/> Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		

Propósito de la Solicitud: _____

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Practicas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

La Autorización vence:

1 año a partir de esta fecha
 Otro: _____ (otra fecha – no más de un año)

_____ Firma del Paciente/Tutor Legal	_____ Fecha
_____ Otra Firma Requerida (si aplica)	_____ Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

*Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.



Southwest Behavioral & Health Services

Nombre		Cliente SS#		Fecha de Nacimiento		
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal				Teléfono		
				Correo electrónico		
Genero	<input type="checkbox"/> Genero Variante	<input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Cuestionando	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Niego a responder						
Raza:	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Cáucaso		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Niego a responder						
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Niego a responder			
Idioma primario:			Idioma preferido:			
Cobertura de Seguro <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>						
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Privado (auto pago)	<input type="checkbox"/> TriCare	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> HMO	<input type="checkbox"/> Otro
Compañía de Seguros			Id del Seguro#		Número de Póliza:	
Necesidades Especiales:						
Interprete	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, especificar idioma				
Traductor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, especificar idioma				
Asistencia a la movilidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria				
Asistencia para discapacidades visuales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria				
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria				
Necesita arreglos de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la necesidad				
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio						
Contactos Importantes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Pupilo de la Corte (Tutor Legal es el Estado)						
Padres/Tutor(es)Legal(es)			Teléfono			
<i>Debe proporcionar documentación legal vigente</i>			Teléfono			
			Teléfono			
Contacto de Emergencia:			Teléfono			
<i>Complete ROI</i> Dirección						
Doctor de Cabecera:			Teléfono		Fax	
Dirección						
Dentista:			Teléfono		Fax	
Otro(s) especialista(s) de atención médica:			Teléfono		Fax	
Dirección						
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>			Teléfono		Fax	
Dirección						
Farmacia:			Dirección			
Otros Contactos Importantes (por ejemplo: escuela, oficial de libertad condicional/libertad condicional, otras agencias [DCS, DDD], vecinos, abuelos)						
Nombre:			Relación:			
Teléfono:			Fax:			

Member's Name:

DOB:



Evaluación de riesgos de salud y de salud de Southwest Behavioral & Health Services (Jóvenes)

Nombre	Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono	Correo electrónico
Detección de trastornos relacionados con sustancias <input type="checkbox"/> Adulto (18+) <input type="checkbox"/> Niños (0-17)		
<i>Pregúntele al joven sobre lo siguiente.</i>		
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo o para quedar bien?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas cuando estabas solo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has olvidado cosas mientras has usado alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has subido en un auto conducido por alguien (incluyéndote a ti) quien estaba endrogado o ha consumido alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te han dicho tus familiares o amigos que debes de reducir el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Alguna vez te has metido en problemas cuando estabas usando alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Quien en tu familia usa alcohol o otras sustancias?		
Apunte cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido:		
Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los jóvenes		
¿Ha sido diagnosticado con diabetes, asma, o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Indique los medicamentos continuación, si corresponde		
Revise los síntomas que el/la joven experimenta regularmente:		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos	
<input type="checkbox"/> Cansancio extrema	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Sobre/Bajo peso
<input type="checkbox"/> Otro:		
¿El/la joven come una dieta pobre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven es sedentario o mínimamente activo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven está al día con las vacunas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven consume tabaco o está expuesto al humo de segunda mano?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿De ser así, con que frecuencia?		
<input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Masticar
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Otro:		
Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)		
<input type="checkbox"/> PCP archivado	¿Alergia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Por favor, especifique
	Fecha de última visita	Problemas de salud
<input type="checkbox"/> Dentista en el archivo	Fecha de última visita	Problemas orales
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita	Otros problemas
Las necesidades físicas y/o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.		
Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.		
¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

[Return to Intake Checklist](#)

Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad

Yo, _____ (nombre del padre o tutor legal). En lo sucesivo, el Tutor Legal, con domicilio en _____ (dirección) por la presente afirmo que soy el padre o tutor legal de _____ (nombre completo del menor), cuya identificación de AHCCCS es _____ (identificación de AHCCCS) y la fecha de nacimiento es _____ en lo sucesivo denominada Menor.

El menor es _____ (edad) años. Al completar y firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento limitado limitado para Menor para ser transportado con el propósito de _____ (incluido el propósito de transporte), en lo sucesivo denominado Propósito. El Menor puede ser transportado para este Propósito desde _____ (fecha de inicio de la autorización) hasta _____ (fecha de finalización de la autorización; no puede ser más de 3 meses después de la fecha de inicio de la autorización). Menor serán transportados sin la presencia de su Tutor Legal

Al proporcionar esta autorización y liberación de responsabilidad, declaro que el menor puede ser transportado sin la presencia de su tutor legal y cumplirá con todas las reglas y regulaciones de seguridad comunicadas por el conductor. Entiendo que si el menor no sigue las reglas, el menor ya no puede ser transportado sin un tutor legal. Estoy de acuerdo en asegurarme de que el menor esté listo para su viaje y pueda llegar al lugar de recogida específico a la hora programada.

Acepto informar al proveedor inscrito en AHCCCS dentro de las 48 horas si por alguna razón dejo de ser el Tutor Legal del Menor y acepto proporcionar el nombre y la información de contacto del Tutor Legal recién designado. Estoy de acuerdo en informar al proveedor inscrito en AHCCCS de inmediato en caso de que ya no dé mi consentimiento para que el menor reciba transporte que no sea de emergencia para los servicios médicos necesarios. Acepto proporcionar un formulario de Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad firmado y actualizado 3 meses después de la fecha de firma a continuación para continuar con la autorización para el propósito descrito anteriormente. Puedo solicitar en cualquier momento, por escrito, que se cancele esta autorización.

Tras la ejecución de esta autorización y liberación para el transporte de un menor, por la presente libero a AHCCCS y al plan de salud contratado por AHCCCS, sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas de toda responsabilidad, causas de acción o reclamos en relación con el transporte.

Si alguna de la información anterior cambia, el Tutor Legal es responsable de proporcionar un Formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidad actualizado.

Firma del tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del tutor legal

Fecha

Southwest Behavioral Health Services, INC. ACUERDO DE TARIFA DE PAGO POR CUENTA PROPIA

Nombre del miembro:

Entiendo que el pago total de mi tarifa vence y es pagadero en el momento del servicio, incluso si tengo seguro, y reconozco que soy responsable de todos y cada uno de los cargos por los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido por servicios no proporcionados por Southwest Behavioral & Health Services. Entiendo que al elegir pagar por cuenta propia los servicios, he renunciado a mi derecho a que los servicios se facturen a mi compañía de seguros y Southwest Behavioral & Health Services no me proporcionará una superfactura de los servicios de pago por cuenta propia prestados. **Además, acepto pagar una tarifa de \$ 25 POR CITAS PERDIDAS O CANCELADAS SIN UN AVISO DE 24 HORAS.** Entiendo que los pagos **vencen en el momento del servicio** en efectivo, tarjeta de crédito/débito, cheque de caja o giro postal (NO se aceptarán cheques personales). También entiendo que cualquier medicamento que me puedan recetar es mi total responsabilidad financiera.

Servicios de salud conductual: tarifas de pago por cuenta propia

*Incluyendo las visitas médicas proporcionadas en el consultorio, por teléfono o por telemedicina.

Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado	Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado
Admisión/Evaluación Inicial	Por visita	\$220.00	Evaluación psiquiátrica	Por visita (1 hora)	\$275.00
Consejería Individual	Por hora	\$110.00	Monitoreo de medicamentos	Por visita (20 a 30 minutos)	\$110.00
Consejería Familiar/Coaching Familiar	Por hora	\$110.00	Gestión de casos	Durante 30 min	\$28.00
Consejería Grupal	Por hora	\$28.00	Promoción de la salud	Durante 30 min	\$28.00
Skills Training	Durante 15 min	\$28.00	Apoyo entre pares	Durante 15 min	\$22.00
Pruebas/Evaluación Psicológica: Evaluación Presencial	Por hora	\$165.00	Servicios Vocacionales (en el lugar)	Por hora	\$28.00
Pruebas / Evaluación del Psicólogo: Administración y Puntuación de la prueba posterior a la evaluación no presencial	Por 30 minutos	\$66.00			

Servicios de Salud Física - Tarifas de pago por cuenta propia

*Incluyendo las visitas médicas proporcionadas en el consultorio, por teléfono o por telemedicina.

Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado	Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado
Visita Inicial	Por visita	\$83.00			
Visita de miembros establecidos	Por visita	\$83.00			
Visita de atención preventiva	Por visita	\$83.00			

Servicios de Tratamiento Asistido con Medicamentos - Tarifas de pago por cuenta propia

*Incluyendo visitas médicas proporcionadas en el consultorio, por teléfono o por telemedicina.

Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado	Descripción	Frecuencia de facturación	Tarifa de pago privado
La 1ª Cita incluye: Admisión/Evaluación Anual/Historia y Examen Físico	Por visita	\$165.00	Dosificación de cortesia	Por día	\$22.00
La metadona incluye un (1) grupo por semana y una (1) visita mensual al médico	Por Semana	\$77.00	Suboxone incluye una (1) visita mensual al médico, un (1) monitoreo de medicamentos y dos (2) sesiones grupales	Mensual	\$220.00
Monitoreo de medicamentos	Por visita	\$110.00	Pruebas psicológicas (requiere de 6 a 98 horas)	Por hora	\$110.00

Lista de tarifas variables.

Poverty Level*	0 - 100 %		101 - 125 %		126 - 150 %		151 - 175 %		176 - 200 %	
Percent Discount	100% Discount		80% Discount		60% Discount		40% Discount		20% Discount	
Family Size	Minimum Fee		20% Pay		40% Pay		60% Pay		80% Pay	
1	\$0	\$15,960	\$15,961	\$19,790	\$19,791	\$24,540	\$24,541	\$30,430	\$30,431	\$37,730
2	\$0	\$21,640	\$21,641	\$26,840	\$26,841	\$33,280	\$33,281	\$41,270	\$41,271	\$51,180
3	\$0	\$27,320	\$27,321	\$33,880	\$33,881	\$42,010	\$42,011	\$52,090	\$52,091	\$64,590
4	\$0	\$33,000	\$33,001	\$40,920	\$40,921	\$50,740	\$50,741	\$62,920	\$62,921	\$78,020
5	\$0	\$38,680	\$38,681	\$47,960	\$47,961	\$59,470	\$59,471	\$73,740	\$73,741	\$91,440
6	\$0	\$44,360	\$44,361	\$55,010	\$55,011	\$68,210	\$68,211	\$84,580	\$84,581	\$104,880
7	\$0	\$50,040	\$50,041	\$62,050	\$62,051	\$76,940	\$76,941	\$95,410	\$95,411	\$118,310
8	\$0	\$55,720	\$55,721	\$69,090	\$69,091	\$85,670	\$85,671	\$106,230	\$106,231	\$131,730
For Each Additional person, add						\$5,680				

Basado en las Pautas del Nivel de Pobreza del HHS 2026- Federal Register- HHS 2026 poverty guidelines

Descuento que califica (Marque uno): 100% 80% 60% 40% 20% Ninguno

Nombre del miembro o padre/tutor (en letra de imprenta):

Firma:

Testigo: (Nombre del personal/firma) _____ Fecha: _____