

Felicitaciones por dar el pas hacia mejora su salud mental. Sabemos que a veces la parte mas dificil de obtener ayuda es reservar es primera cita. ¡No sentimos honrados de ayudarle!

Para servirle necesitamos que complete los formularios a continuacion antes de su cita. A medida que los lea, notara referencias a nuestra empresa como "LifeStance" or "LifeStance Health." Tenga en cuenta que Western Psychological & Counseling Services se enorgullece de ser parte de la familia LifeStance Health.

Gracias por completar estos formularios antes de su cita. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra empresa, los siguientes formularios o cualquier otra cosa, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

### **PATIENT SERVICES AGREEMENT**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

#### **A. CONSENTIMIENTO INFORMADO AL TRATAMIENTO**

**1. Terapia Ambulatoria.** Doy permiso a LifeStance y al personal profesional asociado o empleado por LifeStance para realizar toda la atencion necesaria para tratarme a traves de terapia ambulatoria, incluyendo consejeria, psicoterapia, evaluacion psicologica y/o atencion psiquiatrica. Entiendo que la terapia ambulatoria tiene beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir la experiencia de sentimientos incomodos o angustiantes como ira, frustracion, ansiedad, tristeza, miedo, culpa o impotencia porque venir a terapia a menudo requiere discutir aspectos traumaticos desagradable de la vida. Sin embargo, la terapia tambien tiene muchos beneficios si estoy dispuesto a presentar el esfuerzo requerido, mantener un enfoque abierto y motivado a las sesiones, y estoy dispuesto a enblar conversacions con mis proveedores si creo que un aspecto de los servicios necesita cambiar. Estos beneficios incluyen, pero no se limitan a, una mayor comprension y comprension de los desafios actuales, aumento de experiencias y relaciones positivas, mayor capacidad para hacer frente y manejar emociones y situaciones negativas, y la aceptacion y resolucion de problemas. Sin embargo, no hay garantias sobre lo que sucedera y se pueden justificar referencias adicionales para abordar mejor los desafios de presentacion.

**2. Pacientes Menores.** Si el paciente es un menor incapaz de consentir el tratamiento de forma independiente, yo, como padre o tutor legal, entiendo que la terapia ambulatoria puede incluir la experiencia de sentimientos incomodos o angustiantes para mi hijo/ adolescente, pero tambien para mi como el padre/tutor, y el aumento estrategias para modificar los comportamientos. Entiendo que existe el riesgo de desacuerdo entre los padres y el terapeuta con respecto al tratamiento. LifeStance trabajara para resolver estas diferencias en interes del progreso terapeutico de mi hijo/adolescente. Sin embargo, los padres/tutores deciden en ultima instancias si los servicios continuaran. Otros detalles sobre el nino/adolescente se establecen en al Anexo de Pacientes Menores, que debe completarse antes de la primera cita de servicio. Se considerara que un menor de edad puede dar su consentimiento al tratamiento de forma independiente a menos que el padres o tutor del adolescente haya completado la Adenda del Paciente Menor.

**3. Terapia de Pareja.** Si estoy participando en terapia ambulatoria de parejas, entiendo que la terapia de pareja puede incluir la experimentación de emociones negativas como ira, frustración, ansiedad, tristeza, miedo o culpa porque venir a terapia a menudo requiere discutir aspectos desagradables o traumáticos de mi vida o nuestra relación. Entiendo que es posible que la relación parezca empeorar antes de que mejore a medida que cada pareja experimenta cambios personales. Las referencias adicionales para abordar mejor los desafíos de presentación pueden estar justificadas y podrían incluir la derivación a terapia individual.

**4. COVID-19 y Servicios Presenciales.** Entiendo que al llegar a la oficina, asumo el riesgo de exposición al coronavirus (u otro riesgo para la salud pública). Este riesgo puede aumentar si viajar en transporte público, taxi o servicio de uso compartido de vehículos. LifeStance ha tomado medidas para reducir el riesgo de propagación del virus dentro de la oficina, y LifeStance ha publicado nuestros esfuerzos en nuestro sitio web y en la oficina.

**5. Servicios de Telesalud.** Entiendo que los proveedores de LifeStance pueden proporcionarme servicios a través de modalidades de telesalud, y autorizo a mis proveedores de LifeStance a hacerlo a veces en lugar de interactuar conmigo en persona durante una visita tradicional a la oficina de practicantes y pacientes, cuando tal esta permitidor por la ley estatal y federal. También entiendo que la telesalud la prestación de servicios de ubicación física. Entiendo que existen riesgos y beneficios asociados con los servicios de telesalud y que existen circunstancias y condiciones específicas para los servicios de telesalud, de la siguiente manera:

**i. Beneficios Potenciales de los Servicios de Telesalud.** Mi proveedor puede optar por prestar servicios a través de telesalud porque hay beneficios potenciales asociados con los servicios de telesalud de la siguiente manera:

**a.** Un paciente puede permanecer en un sitio remoto mientras que el proveedor de atención médica recibe información y proporciona asesoramiento de atención médica en un sitio diferente.

**b.** El encuentro telesalud puede dar lugar a una evaluación y gestión sanitaria más eficientes, oportunas y rentables.

**c.** El encuentro telesalud puede permitir al proveedor o paciente obtener la experiencia de un especialista a distancia que de otro modo no estaría disponible si se requiere una interacción tradicional en persona.

**ii. Riesgos Potenciales de los Servicios de Telesalud.** Al igual que con cualquier procedimiento o servicio de atención médica, existen riesgos potenciales asociados con el uso de servicios de telesalud, que incluyen, pero no pueden limitarse a, los siguientes:

**a.** Los servicios y la atención basados en telesalud pueden no ser tan completos como los servicios presenciales para ciertas necesidades y circunstancias del paciente.

**b.** Si mi proveedor de LifeStance cree que otra forma de servicios me brindaría un mejor servicio (por ejemplo, servicios en persona), es posible que me deriven a otros proveedores que puedan brindar dichos servicios.

**c.** En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (p.ej., mala resolución de las imágenes) para permitir que el médico tome decisiones de atención médica adecuadas.

**d.** Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento de la asistencia sanitaria debido a deficiencias o fallos del equipo.

**e.** En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica protegida personal.

**f.** En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

**iii. Circunstancias y Condiciones Específicas de los Encuentros de Telesalud.** Entiendo y reconozco las siguientes circunstancias y condiciones específicas de la prestación de servicios de atención médica a distancia.

**a.** In the event of any adverse or unexpected reaction to treatment that may occur during or after my telehealth encounter, I should follow up with my primary care physician or emergency room, for any urgent issues. I may contact LifeStance for any non-urgent issues. Telephone calls will be returned within 72 hours.

**b.** There are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties and that I may not hold LifeStance or my healthcare provider liable for technology failures.

**c.** Mi proveedor de atención médica o yo podemos optar unilateralmente por interrumpir el encuentro de telesalud si se determina que la tecnología no es apropiada dadas las circunstancias.

**d.** Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de servicios de telesalud y/o telesalud en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a ser referido para atención o tratamiento futuro de un proveedor calificado que proporciona atención en persona.

**e.** Una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí de otros proveedores de atención médica, como un encuentro en persona en lugar de un encuentro de telesalud, y que puedo elegir una o más de esas opciones en cualquier momento de un proveedor que puede, o no, estar afiliado a LifeStance.

**f.** Telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información personal de atención médica a otros profesionales de la salud que pueden estar ubicados en otras áreas, incluyendo el estado o un nivel internacional, cuando sea apropiado para proporcionarme atención que solicito.

**g.** Todas las protecciones de confidencialidad existentes se aplican a los encuentros de telesalud, y tengo derecho a acceder a toda la información sanitaria relacionada con los encuentros de telesalud y recibir copias de dicha información a costo bajo petición.

**h.** No habrá más difusión de ninguna de mis informaciones médicas protegidas a otras entidades sin mi consentimiento adicional por escrito, o según lo permita la ley.

**i.** Personas distintas a mi proveedor de atención pueden estar presentes con el fin de facilitar la consulta de telesalud, y se me informará de su presencia.

**j.** Tengo derecho a cualquier registro de atención médica creado como resultado de un encuentro de telesalud y todos los registros se mantendrán de una manera que cumpla con las leyes estatales y federales de privacidad de pacientes.

**k.** Mis encuentros de telesalud no se registrarán sin mi consentimiento expreso.

**l.** Cuando se utiliza tecnología para facilitar la prestación de atención médica, puede haber diferencias culturales o lingüísticas que pueden afectar la prestación de servicios y puede haber diferencias de zona horaria entre mi proveedor(s) de atención médica y yo.

**m.** Existe la posibilidad de la denegación de beneficios de seguro para encuentros de telesalud.

**n.** Se me proporcionará información sobre las credenciales de capacitación de mis proveedores de atención médica, número de licencia, ubicación física e información de contacto.

**o.** Se me proporcionará la política de redes sociales de LifeStance, la política de cifrado, las políticas sobre la recopilación, documentación, seguimiento y almacenamiento de mi información personal.

**p.** Es mi deber informar a mi proveedor de atención médica de interacciones electrónicas o en persona con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.

**q.** Puedo esperar los beneficios anticipados del uso de servicios de telesalud a mi cargo, pero no se pueden garantizar ni garantizar resultados.

**r.** Tendré la oportunidad de hacerle a mi proveedor de atención médica cualquier pregunta que pueda tener con respecto a este consentimiento antes de proceder con un encuentro de telesalud.

**6. Datos de Medicamentos.** Entiendo que la información sobre los medicamentos actualmente en uso puede ayudar a los proveedores en la terapia de adaptación a ser más eficaz y también para ayudar a evitar efectos secundarios o reacciones adversas debido a recetas contradictorias. Como ejercicio de mi derecho de acceso individual, autorizo a mi proveedor a acceder e importar al registro electrónico de pacientes de LifeStance, toda la información disponible sobre los medicamentos que se me dispensan en cualquier momento del pasado (colectivamente, "Historial de medicamentos dispensados"), independientemente de la fuente o circunstancia. Entiendo que LifeStance incorporará mi Historial de Medicamentos Dispensados en su historial legal de pacientes solo usará o divulgará mi Historial de Medicamentos Dispensados como se describe en su Aviso de Prácticas de Privacidad o según lo permita o requiera la ley aplicable.

**7. Anexo de Estado.** Reconozco que he accedido y revisado el anexo específico del estado aplicable a la Entidad de Salud Conductual LifeStance que proporciona mi atención.

**8. Comunicación de Texto/Correo Electrónico.** LifeStance entiende que vivimos nuestras vidas en correo electrónico y texto y que estas podrían ser las maneras más convenientes para que nos comuniquemos con usted sobre nuestros servicios, su salud y sus citas. LifeStance también entiende que la información que comparte con nosotros es sensible y nos tomamos muy en serio la privacidad y seguridad de su información personal de salud. Queremos encontrar el equilibrio adecuado para ti. Le enviaremos correos electrónicos y mensajes de texto con respecto a nuestros servicios, sus citas y productos que podamos ofrecer a menos que nos indique que no lo hagamos. Tenga en cuenta que el envío de esta información a través de correo electrónico sin cifrar crea la posibilidad de que las partes no autorizadas intercepten su información. Del mismo modo, si otra persona tiene acceso

a su cuenta de correo electrónico, puede ver esta información. Este tipo de acceso no autorizado puede permitir a alguien saber que está recibiendo atención médica conductual y, en casos extremos, con otra información que puede estar disponible sobre usted de otras fuentes, lo que conduce al robo de identidad médica. Si no se siente cómodo aceptando estos riesgos, marque la casilla de abajo y firme este formulario.

No quiero recibir comunicaciones de LifeStance a través de texto y correo electrónico.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante del Paciente, si corresponde:** \_\_\_\_\_

**Descripción de la Relación del Representante del Paciente con el Paciente, si corresponde:** \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> "LifeStance" incluye LifeStance Health, LLC, y las Entidades de Salud Conductual que LifeStance Health, LLC, administra. Las entidades de atención médica conductual que Administra LifeStance Health, LLC, se proporcionan en la siguiente url: <https://lifestance.com/>, según se actualiza de vez en cuando.

**ANEXO PARA NINOS MENORES**

*El formulario debe completarse para todas las personas que busquen tratamiento a partir de los 18 años*

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, state and attest that I may legally consent to medical, mental health and/or substance abuse treatment for the above-listed minor child under the following authority:

- Uno mismo (al menos 14 años old en OR o 13 años en WA)       Padre Biológico o Adoptivo  
 Departamento de Servicios Humano (DHS)       Tutor/custodio legal/otro

**Procedimientos de Divorcio u Otros Procedimientos Legales**

¿Ha habido algún procedimiento legal o acción que haya afectado a la autoridad de toma de decisiones con respecto al menor, incluyendo pero no limitado a: procedimiento de divorcio, procedimiento de separación legal, procedimiento de paternidad, terminación o limitación de los derechos parentales, procedimientos relacionados con la participación en la terapia, o una asignación de custodia legal / tutela?

- Si    No

**Documentacion**

¿Existen documentos legales que de alguna manera abordan o afectan a la autoridad legal para tomar decisiones médicas para el cliente menor o que de alguna manera abordan la participación en terapia, el contacto entre un niño menor de edad y un padre, o la provisión para el pago de facturas médicas o de terapia? Dichos documentos pueden incluir órdenes judiciales, acuerdos de separación, etc.

- Si    No

La persona que firme esta declaración deberá adjuntar documentos que verifiquen su autoridad legal para tomar decisiones médicas para el menor, a menos que la persona que firme sea el niño o si la persona que firma es el padre biológico o adoptivo del niño y no ha habido ningún procedimiento legal o acción que haya afectado a su autoridad de toma de decisiones con respecto al menor.

Nombres de todas las demás personas con autoridad medica para la toma de decisiones: [textbox]

**Atestigua que la informacion comunicada en este formulario es complete y precisa al maximo de mi comprension.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma Padre/Tutor/Cliente:** \_\_\_\_\_

**Relacion con el Secundario:** \_\_\_\_\_

(Se requiere una firma para que la informacion de este formulario se considere valida.)

---



**B. HONORARIOS, PAGADORES EXTERNOS Y NIVELES DE PAGO POR CUENTA PROPIA**

Acepto pagar LifeStance por todos los cargos incurridos por los servicios que LifeStance me presta, y asigno a LifeStance cualquier dinero adeudado y adeudado bajo mi plan de seguro médico u otro pagador externo, incluyendo pagadores del gobierno, pagadores de compensación de trabajadores, acusados de casos de lesiones personales y pagadores de seguro de accidentes de beneficios médicos ("Med Pay"). Entiendo y estoy de acuerdo en que:

**1. Responsabilidad de Pago Primario.** Todas las facturas de LifeStance por servicios y costos vencen al recibir, y todos los copagos, coseguros y montos deducibles deben pagarse en el momento en que se entrega el servicio. LifeStance acepta pagos con tarjeta de crédito y débito (colectivamente "tarjeta de crédito"). Entiendo que LifeStance utiliza un servicio de terceros que facilita las transacciones de pago en persona y en línea, y que LifeStance no mantendrá directamente la información de mi tarjeta de crédito registrada. Otorgo a LifeStance el derecho de cargar automáticamente mi tarjeta de crédito registrada en cada una de las circunstancias específicamente identificadas en este acuerdo a través del servicio de terceros que LifeStance utiliza para facilitar las transacciones con tarjetas de crédito.

**2. Citas Perdidas.** Se requiere un mínimo de dos días hábiles para las citas canceladas y perdidas. Si no se recibe este aviso o si el paciente no se presenta a la cita dentro de los primeros 15 minutos de la cita programada, acepto ser personalmente responsable del pago del monto total por el tiempo reservado para la cita. Le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por la hora de cita reservada completa. Entiendo que el seguro médico no paga las citas perdidas. Si surgen situaciones imprevistas, como enfermedades, duelos y accidentes, etc., proporcionaré documentación que apoyará mi visita perdida para evitar que me facturen el importe total.

**3. Pagadores de Terceros, Generalmente.** Soy responsable de todo el dinero adeudado y adeudado por los servicios prestados por LifeStance en caso de que cualquier pagador externo no pague por estos servicios. En última instancia, es mi responsabilidad asegurarme de que cualquier pagador externo cubra y realice el pago oportuno de los servicios de LifeStance. En el caso de que cualquier dinero recibido por LifeStance de un pagador externo que el pagador más tarde recupera de LifeStance en cualquier momento después de su recepción, seré responsable de esos fondos que luego se deben y deben. Otorgo a LifeStance el derecho de cargar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados: (i) en el momento de la prestación del servicio; (ii) previa notificación de un pagador externo de que los cargos totales o parciales no están cubiertos por el pagador externo y/o (iii) si el pagador tercero recupera los importes pagados previamente.

**4. Pago Automático Solo con Cobertura de Seguro de Salud.** Si tengo cobertura de seguro médico que puede cubrir algunos o todos los servicios proporcionados por LifeStance, pero elijo pagar por sí mismo y no usar un seguro para cubrir cualquier servicio de vida, entiendo que seré totalmente responsable del pago de todos los servicios en el momento de la prestación del servicio. Le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados. Al elegir esta opción de pago por cuenta propia, acepto no presentar reclamos por servicios salvavidas un mi plan de salud para el reembolso, y que cualquier pago que realice una vida No acreditará satisfacer para cualquier obligación deducible o de costos compartidos que pueden tener bajo mi plan de seguro médico.

**5. Auto-Pago Combinado con Cobertura de Seguro Médico en la Red.** Entiendo que si mi proveedor de LifeStance es un proveedor en la red para mi plan de seguro médico, LifeStance no



puede facturarme directamente por ningún servicio que esté cubierto por mi plan de seguro médico. Certifico que he verificado que cualquier servicio de pago por cuenta propia que solicite a mi proveedor LifeStance no están cubiertos servicios bajo mi plan de salud. Para cualquier servicio o prueba que no esté cubierto por mi plan de seguro médico, otorgo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados en el momento de la prestación del servicio o tras la denegación de cobertura del seguro. Para compartir costos, el derecho a cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados en el momento de la prestación del servicio o al previo aviso de la compañía de seguros de salud de que cualquier cargo de LifeStance es responsabilidad del paciente.

**6. Auto-Pagados y Pagadores Gubernamentales.** Entiendo que la mayoría de los proveedores de LifeStance están participando proveedores para planes de seguro de salud patrocinados por el gobierno y que LifeStance no puede facturarme directamente por ningún servicio que de otro modo esté cubierto para mí por los pagadores del gobierno. Certifico que he verificado que cualquier servicio de pago por cuenta propia que solicite a mi proveedor LifeStance no están cubiertos por ningún servicio bajo ningún plan de salud patrocinado por el gobierno bajo el cual soy un participante cubierto. Le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados en el momento de la prestación del servicio o previa notificación del pagador del gobierno de que cualquier cargo de LifeStance es responsabilidad del paciente o que no son servicios cubiertos.

**7. Auto-Pago y Sin Seguro Médico.** Si no tengo seguro médico o califico para beneficios de pagador del gobierno para los servicios de LifeStance, entiendo que seré totalmente responsable del pago de todos los servicios en el momento de la prestación del servicio, y le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados.

**8. Tratamientos y Pruebas Fuera de Etiqueta, Generalmente.** Muchos medicamentos, evaluaciones o tratamientos clínicamente apropiados no están actualmente aprobados por la FDA o son considerados experimentales por terceros pagadores y pueden no ser reembolsables de fuentes de terceros. Otorgo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los tratamientos o pruebas fuera de etiqueta solicitados no cubiertos por terceros pagadores en el momento de la prestación del servicio o al momento de la notificación de la denegación de pago por parte de un pagador externo.

**9. Cobertura Completa para Pruebas y Evaluaciones.** La cobertura y el costo de las evaluaciones y pruebas psicológicas y psiquiátricas varían entre diferentes pagadores externos, y soy responsable de los costos asociados con los costos de las pruebas, independientemente de si los costos son reembolsables por terceros pagadores en mi nombre. Esto se debe a que no todos los servicios de pruebas psicológicas están garantizados para ser cubiertos por terceros pagadores. A veces, los pagadores externos no reembolsan completamente los servicios de pruebas psicológicas, independientemente de si su médico es un proveedor dentro o fuera de la red. Hay una variedad de situaciones cuando esto ocurre; por ejemplo, cuando: a) el tercero pagador no considera "medicamentos necesarias" pruebas psicológicas para diagnósticos "experimentales" o "en investigación"; o (b) cuando el pagador externo reembolsa menos horas de las facturadas por LifeStance basándose en lo que el proveedor lifestance ha determinado que es clínicamente apropiado o necesario para administrar las pruebas, puntuando las pruebas, preparando el informe de prueba y discutiendo los resultados con el paciente y/o abogados. Entiendo que seré plenamente responsable del pago de todos los servicios en el momento de la prestación del servicio o al

momento de la notificación de la denegación de pago por parte de un tercero pagador. Otorgo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios o pruebas solicitados no cubiertos por terceros pagadores en el momento de la prestación del servicio o al momento de la notificación de la denegación de pago por parte de un tercero pagador.

**10. Colecciones.** En caso de que mi cuenta sea entregada a un abogado o agencia para su cobro, acepto pagar todos los costos de cobro incluyendo, pero no limitado a, costos judiciales y honorarios de cobro. Si mi cuenta no se paga cuando vence, se acumulará una tarifa de servicio y/o intereses según lo permita la ley.

**11. Otras Fuentes de Seguros o Pagadores de Litigios.** Con respecto a cualquier caso administrativo o caso de lesiones personales, soy responsable de los honorarios incurridos cuando vencen independientemente del resultado de los litigios pendientes. Los honorarios incurridos serán de acuerdo con los honorarios estándar de LifeStance por testimonio judicial, declaraciones y otros apoyos a litigios como se detallan en el entonces jefe de cargos actual de LifeStance. Le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos los servicios, tarifas o pruebas solicitados en el momento de la prestación del servicio. Si hay saldo(s) restantes debidos en el momento de la liquidación del caso, autorizo y exigiré a mi abogado que pague mis cuentas pendientes con LifeStance en primera prioridad para el pago de los ingresos del acuerdo. LifeStance no acepta arreglos de tarifas de contingencia.

**12. Cobertura Médica de Pago.** En el caso de que tenga cobertura de Med Pay, permito que LifeStance clasifique y trate al pagador de Med Pay como la aseguradora principal sobre cualquier otro pagador externo. Estoy irrevocablemente de acuerdo con una exención que permite el pago de los fondos de Med Pay directamente a LifeStance primero en prioridad sobre mí personalmente y cualquier otro demandante potencial de los fondos.

**13. Solicitudes Forenses y Médico-Legales.** Si corresponde, solicitudes forenses y médicas-legales, Conferencias y llamadas telefónicas implican tiempo adicional y registro para LifeStance, y soy responsable de todos los costos y gastos directos asociados con LifeStance, y sus abogados y agentes, en responder a las solicitudes de descubrimiento (incluyendo declaraciones y citaciones duces tecum tiempo y costos laborales) y con conferencias que incluyen, pero no limitado a, apariciones judiciales, preparación de informes, fotocopias, faxes, llamadas telefónicas de larga distancia, viajes fuera de la oficina, entrega nocturna y servicios de mensajería. Le concedo a LifeStance el derecho de cobrar mi tarjeta de crédito registrada por todos esos servicios forenses y médicos-legales solicitados y tiempo de documentación.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Representante del Paciente, si corresponde:** \_\_\_\_\_

**Descripcion de la Relacion del Representante del Paciente con el Paciente, si corresponde:** \_\_\_\_\_