



Empathia Pacific, Inc. Provider Self-Referral Instructions

Empathia Pacific, Inc. CLIENT COMPANIES:

Self referral is permitted when the provider has ensured that the client would incur no financial hardship and has been offered at least two alternate referrals making use of the client's insurance or a community-based resource. In addition, a self-referral should not be offered if there is a significant possibility of a conflict of interest with the client's company or when there is the high potential for litigation with the company.

The attached Freedom of Choice Affidavit *must* be completed and maintained in the client's file to be provided to Empathia Pacific, Inc. upon request.

DECLARACIÓN JURADA DE LIBERTAD DE ELECCIÓN

DEBE LLEVAR LA FIRMA DEL CLIENTE QUE CONTINÚA EL TRATAMIENTO CON EL
PROVEEDOR DE SERVICIOS DE EVALUACIÓN DESPUÉS DE HABER TERMINADO
LAS SESIONES DEL PAE

El abajo firmante, _____, declaro que he sido referido, al menos, a otros dos (2) servicios de tratamiento continuo como parte de las recomendaciones de asesoramiento de mi proveedor de PAE. En su lugar, deseo obtener tratamiento continuo por intermedio del psicoanalista o médico clínico privado de mi proveedor de PAE. Mediante mi firma estampada al pie de la presente, declaro que entiendo que al elegir el tratamiento con el psicoanalista indicado a continuación o en la clínica a la que está asociado, inicio una relación directa de pago con dicho proveedor. Por lo tanto, Empathia, Inc., y/o Empathia Pacific, Inc. dejarán de pagar los servicios proporcionados por este proveedor y ya no serán responsables de dichos servicios. Asimismo, *entiendo que soy el único responsable de determinar si los servicios de este proveedor están cubiertos por mi plan de seguro médico.*

Nombre del cliente (en letra de molde)	Firma del cliente	Fecha
--	-------------------	-------

Nombre del proveedor (en letra de molde)	Firma del proveedor	Fecha
--	---------------------	-------

PROVEEDOR: A continuación, indique dos opciones de proveedor alternativas. Estos proveedores no deben formar parte de su consultorio y no deben estar afiliados con ningún grupo, persona o institución en la que usted tenga un interés económico. Estos proveedores deberían estar cubiertos a través del plan de seguro del cliente.

Nombre del Proveedor/Clínica	Número de teléfono
1. _____	(_____) _____
2. _____	(_____) _____

CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS