

## Informed Consent to Telehealth Services and Forefront Policies

This form describes the telehealth treatment and payment policies of Forefront Telecare, Inc. and its affiliated professional corporations (hereinafter "Forefront") and includes:

- **Your consent to receive medical treatment from Forefront (and your other rights and responsibilities);**
- **Your agreement to receive services using telehealth technology; and**
- **Your agreement to pay in full any charges that are your responsibility.**

By typing my name and clicking "I agree to Terms of Use" on the Forefront telehealth portal, I understand and agree that I am signing this Consent electronically and that (i) I have reviewed, understand and accept the risks and benefits of telehealth services as described below and wish to receive such services, and (ii) I agree to the remaining terms of this Consent, including the terms of the Forefront Telecare Notice of Privacy Practices described below.

If I am signing on behalf of a minor, incapacitated or otherwise legally dependent patient, I certify that I am a person with legal authority to act on behalf of the patient, including the authority to consent to medical services, and I accept financial responsibility for services rendered.

1. By using the Forefront telehealth portal, I agree to receive telehealth services. Telehealth involves the delivery of health care services, including assessment, treatment, diagnosis, and education, using interactive audio, video, and data communications. During my visit, my Forefront provider and I will be able to see and speak with each other from remote locations.
2. I understand and agree that:
  - I will not be in the same location or room as my provider.
  - My Forefront provider is licensed in the state in which I am receiving services. I will report my location accurately during registration.
  - Potential benefits of telehealth (which are not guaranteed or assured) include: (i) access to medical care regardless of my location; (ii) more efficient behavioral health evaluation and management; and (iii) during the COVID-19 pandemic, reduced exposure to patients, staff and other individuals at a physical location.
  - Potential risks of telehealth include: (i) my provider's inability to conduct a hands-on physical examination of me and my condition; (ii) potential delays in evaluation and treatment due to technical difficulties or interruptions, distortion of images resulting from electronic transmission issues, unauthorized access to my information, or loss of information due to technical failures. I will not hold Forefront responsible for lost information due to technological failures.
  - I further understand that my Forefront Provider's advice, recommendations, and or decisions may be based on factors not within his/her control, including incomplete or inaccurate data provided by me. I understand that my Forefront provider relies on information provided by me before and during our telehealth

encounter and that I must provide information about my medical history, condition(s), and current or previous care that is complete and accurate to the best of my ability.

- I may discuss these risks and benefits with my Forefront provider and will be given an opportunity to ask questions about telehealth services. I have the right to withdraw this consent to telehealth services or end the telehealth session at any time without affecting my right to present or future treatment by Forefront.
- I understand that the level of care provided by my Forefront provider is to be the same level of care that is available to me through an in-person behavioral health visit. However, if my provider believes I would be better served by face-to-face services or another form of care, I will be referred to another appropriate health care provider.
- In case of an emergency, I will dial 911 or go directly to the nearest hospital emergency room.

3. I consent to, understand, and agree that:

- I hereby voluntarily give consent to Forefront to conduct any and all assessment and treatment services deemed by a licensed professional (i.e., doctor, advanced practice nurse, psychologist, therapist, and/or other healthcare provider), within the scope of their practice to be necessary to diagnose, measure and alleviate the psychological, social and/or physical conditions associated with me.
- I have the right to discuss the risks and benefits of all procedures and courses of treatment proposed by my health care provider(s), together with any available alternatives.
- Forefront will provide care consistent with the prevailing standards of medical practice but makes no assurances or guarantees as to the results of treatment.
- Before prescribing any controlled substance to me, Forefront may review information from the Prescription Drug Monitoring Program in my state of residence regarding my prior receipt of controlled substances.
- My Forefront provider will not prescribe opioids to me during a telehealth visit.
- I have the right to review and receive copies of my medical records, including all information obtained during a telehealth interaction, subject to Forefront's standard policies regarding request and receipt of medical records and applicable law.
- I authorize Forefront to use unencrypted electronic mail and/or text messaging to notify me of upcoming appointments with my health care provider and provide links to those telehealth sessions. I understand that (1) Forefront will never include any medical information in unencrypted email or text messaging; and that (2) I may stop delivery of email or text messages at any time by notifying Forefront of my wish to stop these types of communications. The Internet is not secure and unencrypted email or text messages may be accessed or altered by unauthorized third parties. I agree to provide Forefront with prompt notice of any change in my email address or phone number used for

text messaging. By signing this authorization, I accept the risk that a third party may be able to access or modify my information.

- The laws of the state in which I am located will apply to my receipt of telehealth services.

## Forefront Notice of Privacy Practices (“Privacy Notice”)

Forefront will protect the privacy of my health information and will not use or disclose it except as permitted by law. Forefront’s privacy policies are more fully described in the Privacy Notice, which is available for review and download at <https://forefronttelecare.com/notice-of-privacy-practices/>. By signing this Consent, I acknowledge receipt of the Privacy Notice and consent to Forefront’s use and disclosure of my health information in accordance with its terms. I understand that all existing confidentiality protections that apply to in-person treatment apply to telehealth services.

## Payment Policy

I acknowledge, understand, and agree that:

1. I will pay the cost of any service that is not covered by my health plan for any reason or are covered but applied to a deductible.
2. I will pay at time of service any required co-payments, co-insurance and deductibles, as well as charges for services not covered by insurance, outstanding balances and delinquent accounts.
3. I assign to Forefront all health care benefits to which I am entitled under any insurance policy or benefit plan and authorize payment of benefits directly to Forefront.
4. If I have health care benefits, Forefront will submit a claim to my insurer and allow 60 days for a response. If my insurer does not respond within 60 days, Forefront will assume that the visit is not covered and will, to the extent permitted by law, bill me for the visit charges.
5. By providing my credit card information and receiving telehealth services, I (i) authorize Forefront to charge my credit card for any and all unpaid amounts that Forefront or my insurer determines are my responsibility, and (ii) agree to pay all amounts charged pursuant to this consent and authorization in accordance with the issuing bank cardholder agreement. I agree that Forefront may charge my credit card for such amounts at the end of my telehealth visit or at a later date.
6. I will be billed for all unpaid balances deemed by Forefront or my insurer to be my responsibility and agree to pay such amounts in full. Forefront will charge late fees of 1.5% per month on unpaid balances starting 30 days after the first statement.
7. I have read and will adhere to the Cancellation and No-Show Policy listed below.
8. Forefront reserves the right to deny non-emergency services if my account is delinquent.

# Cancellation and No-Show Policy

## Cancellation and No-Show Policy

Our goal is to provide quality individualized behavioral health care in a timely manner. Late cancellations and No Shows create inconvenience and prevent scheduling of other patients who need access to our care in a timely manner. We understand situations arise when you may need to cancel your appointment and we appreciate advance notice when that happens. This helps us be respectful of other patients needs and enables us to give the appointment time to another patient who needs to see us.

## Cancelling an Appointment with Forefront Telecare

If you should need to cancel or reschedule an upcoming appointment with Forefront Telecare (Forefront), please notify us on or before two (2) business days (Monday – Friday) prior to your appointment. Forefront appointments which are cancelled or rescheduled without two (2) business days advance notice will be subject to a **\$25 cancellation fee** requirement prior to rescheduling a new date and time. This fee will not be submitted to insurance. It is your responsibility and must be paid in full prior to scheduling your next appointment with Forefront. Patients who reschedule multiple times may see limitations to access future appointments.

## No Shows

Patients who do not show up for their appointment without a call to cancel within the two-business day requirement are considered a “No Show” and will be subject to a **\$25 no show fee**. This fee will not be submitted to insurance. It is your responsibility and must be paid in full prior to scheduling your next appointment. Patients who No Show three (3) times within a 12-month time period may be subject to discharge from Forefront.

## Thank you for your understanding

We appreciate being able to care for you. We understand there can be special unavoidable circumstances which may cause you to cancel with short notice. Please let us know if this happens. In these types of situations, the fee may be waived at our discretion.

## How to Contact Forefront Telecare

Forefront Telecare, Inc.  
Phone: (866) 959-2008, Option 1  
Email: [clinics@forefronttelecare.com](mailto:clinics@forefronttelecare.com)

# Consentimiento Informado para los Servicios de Telesalud y Políticas de Forefront

Este formulario describe las políticas de tratamiento y pago de telesalud de Forefront Telecare, Inc. y sus corporaciones profesionales afiliadas (en adelante "Forefront") e incluye:

- Su consentimiento para recibir tratamiento médico de Forefront (y sus otros derechos y responsabilidades);
- Su consentimiento para recibir servicios utilizando la tecnología de telesalud; y
- Su consentimiento para pagar en su totalidad cualquier cargo que sea su responsabilidad.

Al escribir mi nombre y hacer clic en "I agree to Terms of Use" (Acepto las condiciones de uso) en el portal de telesalud de Forefront, entiendo y acepto que estoy firmando este Consentimiento electrónicamente y que (i) he revisado, entiendo y acepto los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud como se describe a continuación y deseo recibir dichos servicios, y (ii) acepto los términos restantes de este Consentimiento, incluidos los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad de Forefront Telecare que se describen a continuación.

Si estoy firmando en nombre de un paciente menor de edad, incapacitado o legalmente dependiente, certifico que soy una persona con autoridad legal para actuar en nombre del paciente, incluyendo la autoridad para consentir a los servicios médicos, y acepto la responsabilidad financiera por los servicios prestados.

1. Al utilizar el portal de telesalud de Forefront, acepto recibir servicios de telesalud. La telesalud implica la prestación de servicios de atención médica, incluyendo la evaluación, tratamiento, diagnóstico y educación, utilizando comunicaciones interactivas de audio, vídeo y datos. Durante mi visita, mi proveedor de Forefront y yo podremos vernos y hablar entre nosotros desde lugares remotos.
2. Entiendo y acepto que:
  - No estaré en el mismo lugar o sala que mi proveedor.
  - Mi proveedor de Forefront tiene licencia en el estado en el que estoy recibiendo los servicios. Informaré de mi ubicación con precisión durante el registro.
  - Los beneficios potenciales de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) incluyen: (i) el acceso a la atención médica independientemente de mi ubicación; (ii) una evaluación y gestión de la salud conductual más eficiente; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, la reducción de la exposición a los pacientes, el personal y otras personas en una ubicación física.
  - Los riesgos potenciales de la telesalud incluyen: (i) la incapacidad de mi proveedor para llevar a cabo un examen físico práctico de mí y de mi condición; (ii) posibles retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades técnicas o interrupciones, la distorsión de las imágenes resultantes de los problemas de transmisión electrónica, el acceso no autorizado a mi

información, o la pérdida de información debido a fallas técnicas. No responsabilizaré a Forefront por la pérdida de información debida a fallos tecnológicos.

- Además, entiendo que los consejos, recomendaciones y/o decisiones de mi proveedor de Forefront pueden deberse a factores que no están bajo su control, incluyendo datos incompletos o inexactos proporcionados por mí. Entiendo que mi proveedor de Forefront se basa en la información proporcionada por mí antes y durante nuestro encuentro de telesalud y que debo proporcionar información sobre mi historial médico, condición(es), y la atención actual o anterior que es completa y precisa a lo mejor de mi capacidad.
- Puedo discutir estos riesgos y beneficios con mi proveedor de Forefront y se me dará la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios de telesalud. Tengo derecho a retirar este consentimiento a los servicios de telesalud o a finalizar la sesión de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte a mi derecho al tratamiento presente o futuro por parte de Forefront.
- Entiendo que el nivel de atención proporcionado por mi proveedor de Forefront debe ser el mismo nivel de atención que está disponible para mí a través de una visita de salud conductual en persona. Sin embargo, si mi proveedor cree que sería mejor para mí recibir servicios cara a cara u otra forma de atención, seré referido a otro proveedor de atención médica adecuada.
- En caso de emergencia, marcaré el 911 o iré directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

3. Consiento, entiendo y acepto que:

- Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento a Forefront para llevar a cabo cualquier y todos los servicios de evaluación y tratamiento considerados por un profesional licenciado (es decir, médico, enfermera de práctica avanzada, psicólogo, terapeuta, y / o otro proveedor de atención médica), dentro del ámbito de su práctica que sea necesario para diagnosticar, medir y aliviar las condiciones psicológicas, sociales y / o físicas asociadas a mí.
- Tengo derecho a discutir los riesgos y beneficios de todos los procedimientos y cursos de tratamiento propuestos por mi(s) proveedor(es) de atención médica, junto con cualquier alternativa disponible.
- Forefront proporcionará atención consistente con los estándares prevalecientes de la práctica médica, pero no asegura ni garantiza los resultados del tratamiento.
- Antes de recetarme cualquier sustancia controlada, Forefront puede revisar la información del Prescription Drug Monitoring Program (Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados) en mi estado de residencia con respecto a mi recepción previa de sustancias controladas.
- Mi proveedor de Forefront no me recetará opioides durante una visita de telesalud.

- Tengo el derecho de revisar y recibir copias de mis registros médicos, incluyendo toda la información obtenida durante una interacción de telesalud, sujeto a las políticas estándar de Forefront con respecto a la solicitud y recepción de registros médicos y la ley aplicable.
- Autorizo a Forefront a utilizar el correo electrónico y/o los mensajes de texto no cifrados para notificarme de las próximas citas con mi proveedor de atención médica y proporcionar enlaces a esas sesiones de telesalud. Entiendo que (1) Forefront nunca incluirá ninguna información médica en el correo electrónico o los mensajes de texto no cifrados; y que (2) puedo detener la entrega de correo electrónico o mensajes de texto en cualquier momento notificando a Forefront mi deseo de detener este tipo de comunicaciones. El Internet no es seguro y el correo electrónico o los mensajes de texto no cifrados pueden ser accedidos o alterados por terceras personas no autorizados. Me comprometo a notificar a Forefront con prontitud cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico o número de teléfono utilizado para los mensajes de texto. Al firmar esta autorización, acepto el riesgo de que un tercero pueda acceder o modificar mi información.
- Las leyes del estado en el que me encuentro se aplicarán a mi recepción de servicios de telesalud.

## Aviso de Prácticas de Privacidad de Forefront ("Aviso de Privacidad")

Forefront protegerá la privacidad de mi información médica y no la utilizará ni divulgará, excepto en la medida en que lo permita la ley. Las políticas de privacidad de Forefront se describen más detalladamente en el Aviso de Privacidad, que está disponible para su revisión y descarga en <https://forefronttelecare.com/notice-of-privacy-practices/>. Al firmar este Consentimiento, acuso recibo del Aviso de Privacidad y doy mi consentimiento para que Forefront utilice y divulgue mi información médica de acuerdo con sus términos. Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad existentes que se aplican al tratamiento en persona se aplican a los servicios de telesalud.

## Políticas de Pago

Reconozco, entiendo y acepto que:

1. Pagaré el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de salud por cualquier razón o que esté cubierto pero aplicado a un deducible.
2. Pagaré en el momento del servicio cualquier copago, coseguro y deducible requeridos, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, los saldos pendientes y las cuentas morosas.

3. Asigno a Forefront todos los beneficios de atención médica a los que tengo derecho bajo cualquier póliza de seguro o plan de beneficios y autorizo el pago de los beneficios directamente a Forefront.
4. Si tengo beneficios de atención médica, Forefront presentará un reclamo a mi aseguradora y permitirá 60 días para obtener una respuesta. Si mi aseguradora no responde dentro de los 60 días, Forefront asumirá que la visita no está cubierta y, en la medida permitida por la ley, me facturará los cargos de la visita.
5. Al proporcionar la información de mi tarjeta de crédito y recibir los servicios de telesalud, yo (i) autorizo a Forefront a cargar en mi tarjeta de crédito todas las cantidades no pagadas que Forefront o mi aseguradora determinen que son mi responsabilidad, y (ii) acepto pagar todas las cantidades cargadas de acuerdo con este consentimiento y autorización de conformidad con el acuerdo del titular de la tarjeta del banco emisor. Estoy de acuerdo en que Forefront puede cargar en mi tarjeta de crédito dichas cantidades al final de mi visita de telesalud o en una fecha posterior.
6. Se me facturarán todos los saldos no pagados que Forefront o mi aseguradora consideren que son mi responsabilidad y acepto pagar dichas cantidades en su totalidad. Forefront cobrará cargos por demora del 1.5% por mes sobre los saldos no pagados a partir de 30 días después del primer estado de cuenta.
7. He leído y me adheriré a la Política de Cancelación y No Presentación que se indica a continuación.
8. Forefront se reserva el derecho de negar servicios que no sean de emergencia si mi cuenta está morosa.

## Política de Cancelación y No Presentación

### Política de Cancelación y No Presentación

Nuestro objetivo es proporcionar una atención de salud conductual individualizada y de calidad de manera oportuna. Las cancelaciones tardías y las inasistencias crean inconvenientes e impiden la programación de otros pacientes que necesitan acceder a nuestra atención de manera oportuna. Entendemos que surgen situaciones en las que usted puede necesitar cancelar su cita y apreciamos el aviso previo cuando esto sucede. Esto nos ayuda a ser respetuosos con las necesidades de otros pacientes y nos permite dar la hora de la cita a otro paciente que necesita verlos.

### Cancelación de una cita con Forefront Telecare

Si usted necesita cancelar o reprogramar una cita con Forefront Telecare (Forefront), por favor notifíquenos en o antes de dos (2) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Las citas de Forefront que sean canceladas o reprogramadas sin un aviso previo de dos (2) días hábiles estarán sujetas a un requisito de una **cuota de \$25 por cancelación** antes de reprogramar una nueva fecha y hora. Este cargo no se presentará al seguro médico. Es su responsabilidad y debe ser pagado en su totalidad antes de programar su próxima cita con Forefront. Los pacientes que reprograman varias veces pueden ver limitaciones para acceder a futuras citas.



## No Presentarse a Su Cita

Los pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar dentro del requisito de dos días hábiles se consideran un "No Show" (No Presentación) y estarán sujetos a una **cuota de \$ 25 por no presentarse**. Este cargo no será presentado al seguro. Es su responsabilidad y debe ser pagado en su totalidad antes de programar su próxima cita. Los pacientes que no se presenten tres (3) veces en un período de 12 meses pueden ser dados de baja de Forefront.

## Gracias por su comprensión

Apreciamos poder atenderle. Entendemos que puede haber circunstancias especiales inevitables que pueden hacer que usted cancele con poca antelación. Por favor, infórmenos si esto ocurre. En este tipo de situaciones, la cuota puede ser eximida a nuestra discreción.

## Cómo Ponerse en Contacto con Forefront Telecare

Forefront Telecare, Inc.  
Teléfono: (866) 959-2008, Opción 1  
Email: [clinics@forefronttelecare.com](mailto:clinics@forefronttelecare.com)