



Formulario de admisión al Centro de Terapias

Información del cliente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Género: Hombre Mujer
Idioma nativo: _____ ¿Necesita servicios de interpretación de inglés? Sí No
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios para sus citas? Llamada de teléfono Texto Email Todos
Teléfono: 1º contacto #: _____ 2º contacto #: _____
Email: _____
Estado civil: Casado Nunca Casado Pareja de hecho Separado Divorciado Viudo

Persona responsable / información del tutor

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Compruebe si la dirección y números de contacto son los mismos que los clientes.
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: 1º contacto #: _____ 2º contacto #: _____ Email: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____

Información de Seguros:

Seguro médico principal: _____
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____
Seguro médico secundario: _____
Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el paciente: yo mismo Padre Esposo/a Niño Otros: _____

Notificación y consentimiento de confidencialidad:

La mayoría de los seguros médicos piden que su médico de atención primaria sea notificado si su paciente recibe tratamiento terapéutico. Por favor, indique su elección.

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
 Sí, puede notificar a mi médico de atención primaria de que estoy recibiendo servicios de terapia.
 No, no notifique a mi médico de atención primaria de que estoy recibiendo servicios de terapia.

[Type here]

Proveedores de servicio:

Por favor enumere TODOS los otros proveedores de servicios y los tipos de servicios que reciben usted o su hijo. Tener su permiso por escrito nos permitirá colaborar y coordinar los servicios . Rellene los espacios en blanco.

Tipo de servicio	Nombre de la Agencia / Escuela	Número de contacto
Gestión de Casos / Coordinador de Servicios		
Terapeuta		
Psiquiatra (Administración de Medicamentos)		
Mi hijo está en un IEP - nombre de la escuela:		
Trabajador CBRS		
Me ha realizado una evaluación psicológica:		
Terapia ocupacional		
Logopedia		
Terapia física		
Doctor especialista en gestión del dolor		
Neurólogo		
Pruebas genéticas hechas por:		
Equipo de ACT		
Agencia de Discapacidad del Desarrollo		
Agente de libertad condicional (Probation)		
Juzgado del Programa Juvenil de Mentor (JUMP)		
Tengo una evaluación diagnóstica completa de:		

Por favor, solicite una formulario de notificación y consentimiento de confidencialidad para CADA proveedor de servicios mencionados anteriormente si quiere que compartamos información con alguno de ellos.

Autorizaciones, Revelaciones, Términos y Condiciones de los Servicios

Seguros / Política de pago:

Los seguros, incluido Medicaid, prevén el reembolso de los gastos médicos permitidos. Como una cortesía le ofrecemos una factura detallada que podrá enviar a su compañía de seguros para el reembolso. Si usted nos proporciona un número de seguro, dirección, lugar de trabajo y cualquier otra información pertinente estaremos encantados de presentar la factura a la mayoría de las compañías de seguros. **Usted es responsable de todos los deducibles y cargos no cubiertos por el seguro.** Revisaremos con usted las opciones de pago antes de las evaluaciones. Por favor entienda que, como terceros, no podemos participar en las negociaciones de seguros prolongadas y que esta es su responsabilidad. Todas las cuentas con un saldo pendiente de más de 120 días estarán sujetas a cobro. En caso de impago de lo acordado los abajo firmantes se harán responsables del pago total de los costos presentados por la empresa encargada del cobro de impagos, cuyos costos no excederán el 20% del balance impagado, incluidos los honorarios razonables del abogado.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamación. Permito la utilización de una copia de la autorización en lugar del original. Esta autorización podrá ser revocada por escrito por mí o mi compañía de seguros en cualquier momento.

Iniciales _____

Cancelaciones:

Si usted no puede asistir a su cita, por favor póngase en contacto con nosotros 24 horas antes de su cita. Sin una notificación de 24 horas, se le cobrará un cargo por cancelación de \$ 35.00.

Consentimiento médico:

Autorizo los servicios que me puedan realizar como paciente, de forma ambulatoria, en el ámbito de la práctica autorizada en virtud de las licencias de los proveedores con respectivas licencias. Para los efectos de este acuerdo, el término "médico" se refiere también a la psicológica, neuropsicológica, salud mental o servicios de comportamiento. He recibido un documento de consentimiento informativo y entiendo que la participación en este programa es voluntaria. Entiendo que puedo suspender los servicios en cualquier momento y que puedo elegir a mi proveedor de servicios.

Iniciales _____

Si usted está aquí para ver a Dr. New, sus iniciales corroboran su conocimiento de que Dr. New es un psiquiatra certificado por la Junta. De que Su área de especialidad es con la población adulta. De que cuenta con varios años de experiencia trabajando con niños y adolescentes pero que no está certificado en sub-especialidad de niños y adolescentes.

Iniciales _____

Si recibe servicios de gestión de casos o CBRS, su inicial autoriza el transporte para usted y / o miembros de su familia durante el tiempo que dure el servicio con el fin de transportarle a usted o a su familia a las citas o actividades, según corresponda.

Iniciales _____

Asociación:

Entiendo que algunos médicos ofrecen servicios bajo contrato con Innovative Health Care Concepts, Inc. (IHCC) y que IHCC es responsable de los servicios de apoyo y el cobro de los servicios prestados. IHCC pedirá el reembolso de los servicios prestados a Medicaid, beneficios a los cuales los psicólogos pueden tener derecho y, a la vez, ser parte responsable.

Liberación de información:

Reconozco que IHCC utilizará mi información para el diagnóstico, evaluación, pago y operaciones de atención médica. Autorizo a IHCC y al personal involucrado en mi cuidado, a divulgar información médica y la documentación de apoyo necesaria que se encuentre en los archivos médicos durante el tiempo que duren los servicios o el período de seguimiento razonable a cualquier organización que sea o pueda ser responsable del pago de los cargos relacionados con mi cuidado y para todos los demás efectos del pago de las prestaciones solicitadas. Reconozco que mi información como paciente que se encuentra en los archivos médicos será accesible bajo consentimiento de confidencialidad a todos los servicios de salud, proveedores de servicios sociales y de las instituciones educativas que participan en mi cuidado y tratamiento, incluyendo pero no limitando a médicos, psiquiatras, terapeutas, evaluadores, enfermeras, técnicos, y cualquier otro servicios de salud o agencias de cuidado de la salud mentales implicados en mi atención. Esta información también puede ser proporcionada a las instituciones educativas en las que el paciente está inscrito bajo petición. Además reconozco que mis datos médicos pueden ser utilizados en la revisión de utilización de IHCC. También reconozco que la información contenida en mis registros médicos pueden ser extraídos y compilados con fines de investigación y los resultados agregados (sin identificarme como individuo) pueden ser presentados al público. Reconozco que mis registros médicos también pueden ponerse a disposición de las agencias gubernamentales como exige la ley. Reconozco que los registros médicos de los pacientes pueden ser almacenados electrónicamente y pueden estar a disposición del personal de IHCC a través de redes informáticas seguras.

Certificación de información verdadera, correcta y completa:

Certifico que la información ofrecida por mí, o que yo ofreceré o que otra persona ofrecerá en mi nombre, es verdadera, correcta y completa. Certifico que no retendré información solicita razonablemente. Entiendo que la retención de información puede tener un impacto negativo en la calidad de los servicios prestados, incluyendo un diagnóstico incorrecto. Esto incluye pero no se limita a la salud médica mental previa o al historial de conducta; antecedentes familiares de salud médica potencialmente relacionados con la salud mental o síntomas de conducta; el consumo prenatal de alcohol, drogas o tabaco; anomalías o incidentes prenatal o durante el parto; abuso infantil o lesiones infantiles; lesiones en la cabeza; historial de cáncer o enfermedad de la sangre, etc.

Iniciales _____

[Type here]

Por la presente certifico y declaro que he leído y que total y completamente entiendo las condiciones de los servicios, y que firmo a sabiendas, libre y voluntariamente. Además, certifico y declaro que no he recibido promesas o garantías de cualquier persona en cuanto a los resultados que se puedan obtener hasta que las evaluaciones y sus resultados no hayan sido terminados. Además certifico que la información que proporciono es verdadera, correcta y completa, y certifico los anteriores reconocimientos, acuerdos y certificaciones.

Nombre Impreso del Paciente o el Responsable

Relación con el Cliente

Firma del Paciente o el Responsable

Fecha