

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

CLIENTE _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Teléfono (Celular) _____

DIRECCIÓN _____

Ciudad _____ Zip _____

Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: Casado ___ Soltero ___ Otro ___

Compañía de Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Si el cliente es un/a dependiente/menor de edad, por favor dé la dirección y el teléfono de los padres / tutores que viven con el/la cliente.

Nombre/ DIRECCIÓN _____

Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Teléfono (celular) _____

¿Cómo fue referido a **Youth Services**? _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO _____

Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Trabajo) _____

Teléfono (Celular) _____

DIRECCIÓN _____

Relación con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ EMPLEADOR _____

MÉDICO DE FAMILIA _____ TELÉFONO DEL MÉDICO _____

TERAPIA/TRATAMIENTO ANTERIOR

MEDICAMENTOS ACTUALES / ALERGIAS (POR FAVOR ENUMERE) _____

PROBLEMAS PRESENTADOS: _____

Firma del Cliente

Fecha

Nombre Impreso

Firma de la persona actuando en nombre del/la cliente

Fecha

Nombre Impreso

Relación con el/la cliente: _____

¿Va a utilizar su seguro? Si No Si no, por favor firme la siguiente renuncia abajo:

Entiendo que por sus iniciales en esta renuncia, estoy de acuerdo en pagar la tarifa completa a la tasa actual de \$ _____ por hora y soy responsable por el pago al momento del servicio.

Firma del cliente o persona actuando en nombre del/la cliente: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGUROS

(Por favor, complete y firme antes de su primera visita)

Nombre del/la Paciente: _____ Titular de la póliza: _____

Seguro Primario: _____ Fecha de vigencia: _____

Seguro Secundario: _____ Fecha de vigencia: _____

Antes de su primera visita debe llamar al número de teléfono en el reverso de su tarjeta de seguro y hacer las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son mis beneficios de "fuera de la red" de salud mental para pacientes ambulatorios?

Valor del Copago/coaseguro? _____

¿Cuántas sesiones se permiten? _____

¿Tengo que satisfacer un deducible / ¿cuánto? _____

2. ¿Necesito una autorización previa antes de que pueda ser visto por mi terapeuta?

En caso afirmativo, ¿cuál es la autorización #? _____

Número de sesiones aprobadas _____

Nombre del/la representante y la fecha de su llamada telefónica _____

3. ¿Está mi terapeuta cubierta por mi paquete de beneficios? Si ____ No ____

Si "No," ¿cuáles son mis "fuera de la red" beneficios? _____

Dirección donde se deben enviar las reclamaciones de seguros:

**** UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO SE REQUIERE ANTES DE CUALQUIER RECLAMO SE PUEDEN PRESENTARSE ****

****** No hay ninguna garantía de beneficios hasta que un reclamo haya sido procesado y pagado ******