



Consentimiento y nueva información para el paciente

Formulario para ser completado por el paciente (o el padre / tutor si el paciente está bajo 18 años de edad)
Toda información debe ser completada

Nombre del paciente : _____ Today's Date: _____

Fecha de nacimiento : _____ Edad: _____ masculino Femenina

Seguridad Social #: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone- Home: _____ Podemos llamar a su casa? Sí No

Work: _____ Podemos llamar a tu trabajo? Sí No

Cell: _____ Podemos llamamos texto o tu celular? Sí No

Estado civil: Solo Convivencia casado socios separado divorciado viudo

Empleador/escuela: _____ Occupation: _____

Responsabilidad financiera (asegurado persona responsable del pago)

Nombre del asegurado : _____ Previsional del asegurado #: _____

Fecha del asegurado de nacimiento : _____ Relación al paciente: _____

Dirección (si es diferente de paciente) _____

Ciudad : _____ State: _____ Zip Code: _____

Número de teléfono de contacto (si es diferente de la paciente) _____

Compañía aseguradora: _____ teléfono # _____

Miembro ID # en tarjeta seguros: _____ Grupo #: _____ Numero de _____

Portador de la salud mental: _____ teléfono #: _____

Inicial autorización #: _____ empleador _____

Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre : _____ Relación al paciente: _____

Hogar teléfono: _____ Work: _____ Cell: _____



Términos financieros y la asignación de beneficios

Previa verificación de cobertura y límites de la póliza, se le cobrará su seguro para usted y su proveedor se pagará directamente por el transportista. Tras la aceptación de su nombramiento será la responsabilidad del paciente para cualquier y todos los gastos. El pago es debido en el momento que se prestan los servicios. Si estás sin cobertura de seguros, modalidades de pago deben hacerse antes de la primera cita.

Citas canceladas / perdidas

Al programar una cita, una vez se deja de lado específicamente para usted. Si cancela o no acude a su cita sin dar aviso de 48 horas, o viernes al mediodía para una cita del lunes, se le cobrará un mínimo de \$70. Si tiene dos citas canceladas o perdidas consecutivamente, puede estar en incumplimiento y puede ser devuelto a su compañía de seguros para encontrar un nuevo proveedor.

Apelaciones y quejas

Usted tiene derecho a solicitar reconsideración en el caso de que no está autorizada la atención ambulatoria (número de visitas). Esto se llama un recurso de apelación. Puede solicitar y apelar aunque su proveedor. Usted tiene derecho a presentar una queja directamente al proveedor o al grupo clínico al que pertenecen en cualquier momento que usted tiene una queja sobre cualquier aspecto de su atención. Si usted no está satisfecho con la respuesta que reciba, puede presentar la queja a su plan de salud directamente.

Situaciones de emergencia

Si usted está en peligro inminente llame al 911, su Departamento de policía más cercano o ir a una sala de urgencias del hospital. Para otras emergencias llame a la línea de Crisis Condado de Los Angeles al 800-854-7771.

Confidencialidad

Toda la información entre terapeuta / médico y el paciente se mantiene estrictamente confidencial a menos que:

Autorizan entrega de información con su firma (o padre / tutor)

Presentar un peligro físico a uno mismo

Presentar un peligro físico a otro

Se sospecha de infantil o el abuso de

En los últimos dos casos, estamos obligados por ley a informar a posibles víctimas y autoridades judiciales, por lo que pueden tomarse medidas de protección. Se reciben el aviso de prácticas de privacidad HIPPA como lo requiere. Usted puede solicitar una copia en papel en cualquier momento.

Consentimiento para el tratamiento

"Yo autorizo que mis proveedores realicen exámenes psicológicos, tratamientos y/o procedimientos de diagnóstico, ahora y durante mi atención como paciente son recomendables. Entiendo que se explica el uso de estos procedimientos me bajo mi petición y mi acuerdo. También entiendo que aunque el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, puede a veces ser difícil e incómodo."

Divulgación de información"Autorizo la divulgación de información para reclamos, certificación / caso administración y otros propósitos relacionados con los beneficios de mi Plan de salud."

Entiendo y de acuerdo a toda la información anterior y entender la política de cancelación.

Paciente (padres) nombre

del paciente firma y fecha firma

del proveedor



HISTORIA CLÍNICA

Médico de atención primaria: _____ número de teléfono de _____

Date Last Seen: _____ Reason for Last Visit: _____

Por favor una lista de medicamentos está tomando actualmente:

Por favor indique alguna condición médica pasada o presente, que han sido tratados:

Que presentan problemas - Por favor describir su razón para buscar ayuda en este tiempo e incluya cuando comenzó el problema:

¿ Hubo un evento que causó estos problemas? Sí No

If yes please explain:

Alergias: Sí NKA (No alergias conocidas)

If Yes Please List Them:
