

INFORMATION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

PACIENTE			
Nombre Completo (Apellido):		Primer Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Necesario):		Teléfono Preferido (Seleccione Uno): C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Casa/Cell:	Trabajo:	Otro:	
Correo Electrónico:			
Numero de Seguro Social (SS#):		Fecha de Nacimiento:	
Sexo (M,F, Intersex):	Identidad de Género:	Estado Civil: Soltera/o <input type="checkbox"/> /Casada/o <input type="checkbox"/> / Otra/o <input type="checkbox"/>	
AUTO-IDENTIFICACIÓN (OPCIONAL)			
Raza:			
<input type="checkbox"/> Indigena Americana	<input type="checkbox"/> Asiatico/a	<input type="checkbox"/> Afroamericano/a	
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico o Hawai	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro/a	
Etnicidad:			
<input type="checkbox"/> Hispano o Latinx		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latinx	
Como escucho sobre MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental Healthcare, PLLC:			
INFORMACIÓN DE EMPLEO:		<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante
		<input type="checkbox"/> Otro/a	
Compania:		# de Telefono de Empleo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR POR LOS SERVICIOS (SOLO SI NO ES PACIENTE)			
Nombre Completo (Apellido):		Primer Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Número de Teléfono (Necesario):		Typo (Seleccione Uno): C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Correo Electronico:			
Numero de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	Relación a Paciente:
Sexo (M, F, Intersex):	Identidad de Género:	Estado Civil: Soltera/o <input type="checkbox"/> /Casada/o <input type="checkbox"/> / Otra/o <input type="checkbox"/>	
Compania:		# de Telefono de Empleo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO DEL PACIENTE			
Doctor:		Nombre de Práctica de Cuidado:	
Dirección:		# de Telefono:	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre:		# de Telefono:	
Yo, por este medio, autorizo pago directo al médico de los beneficios médicos o quirúrgicos, si algunos, de otra manera pagadera a mi por sus servicios como son descritos, realizando que yo soy responsable por pagar cualquier servicio que no es cubrido. Yo también autorizo al médico a comunicar cualquier información adquirida durante el curso de mi tratamiento que es necesaria para el procedimiento de reclamos de asegurada.			
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE			
FIRMA:		FECHA:	

INFORMATION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

POR FAVOR LEER POR COMPLETO Y CON CUIDADO

Yo he leído la Póliza y Procedimientos y entiendo y acepto la pólizas descritas anteriormente. Yo estoy de acuerdo a pagar mi copago de aseguranza o deducible, y el balance debido antes de cada sesión.

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA
Empresa de Aseguranza:

Número de Identificación (ID#):		Número de Sufijo:	Nombre o Número de Grupo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Teléfono del Asegurador:		# de Fax de Asegurador:		
Fechas de Póliza:	Desde:	Hasta:	Plan de Empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Poseedor de Póliza (Subscriber):
Relación al Paciente:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de Teléfono del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social (SS#):	

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA SECUNDARIA
Empresa de Aseguranza:

Número de Identificación (ID#):		Número de Sufijo:	Nombre o Número de Grupo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
# de Teléfono del Asegurador:		# de Fax de Asegurador:		
Fechas de Póliza:	Desde:	Hasta:	Plan de Empleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Nombre del Poseedor de Póliza (Subscriber):
Relación al Paciente:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
# de Teléfono del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social (SS#):	

INFORMATION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE ASEGURANZA

POR FAVOR LEER POR COMPLETO Y CON CUIDADO

PARA REGISTRAR SU ASEGURANZA, PEDIMOS QUE USTED MARQUE CADA CAJA Y FIRME LA FORMA DE FIRMA QUE SIGUE.
AUTORIZACIÓN DE ASEGURANZA

<input type="checkbox"/>	Yo autorizó el uso de esta forma en todas mis presentaciones de aseguranza.
<input type="checkbox"/>	Yo autorizó el descargo de information a todos mis aseguradoras.
<input type="checkbox"/>	Yo entiendo que soy responsable por cualquier copago, coseguro, cantidad de deducible que es insatisfecha, y cualquier tarifa que no es cubrida for my aseguranza al tiempo de mi cita programada.
<input type="checkbox"/>	Yo autorizó a MindPath Care Centers a actuar como mi agente en ayudarme a obtener pago para mis aseguradoras.
<input type="checkbox"/>	Yo autorizó pago directamente a mi proveedor, y por este medio, assigno mi derecho al reembolso por servicios prestados a MindPath Care Centers.
<input type="checkbox"/>	Yo permito una copia de esta autorización que sea usada en lugar de la original.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE:

FIRMA:

FECHA:

AUTORIZACIÓN AL DESCARGO DE INFORMACIÓN:

Válida por 1 año

Yo, _____, en este medio autorizó a MindPath Care Centers a descargar la información que sigue:

 FACTURACIÓN
 CITAS PROGRAMADAS
 INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE MI SALUD COMO ES ESCRITA EN MIS REGISTROS MÉDICOS
A las siguientes personas:

Nombre:	Relación al Paciente:
Nombre:	Relación al Paciente:
Nombre:	Relación al Paciente:
Nombre:	Relación al Paciente:

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE:

FIRMA:

FECHA:

INFORMATION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

FORMA DE ACEPTACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR LEER POR COMPLETO Y CON CUIDADO

Nosotros hacemos pagar lo más fácil y conveniente posible. Usted puede pagar en efectivo, con cheque, y con tarjeta de credito o debito. Por saldos pendientes, usted puede pagar en nuestro sitio de web: www.mindpathcare.com.

Usted puede pagar saldos pendientes con un End of Month Pay Plan, Plan de Pago de Fin de Mes, que sería procesado en el día 30 de cada mes. Por favor tenga en cuenta, si el día 30 cae en fin de semana o día festiva, el pago mensual será procesado en el siguiente día laboral. Si le gustaría continuar con Plan de Pago de Fin de Mes, por favor de disponer una tarjeta de credito o debito.

<input type="checkbox"/> Credito / <input type="checkbox"/> Debito:	Número de Tarjeta:	Fecha de Expiración:
---	--------------------	----------------------

Nombre (Come es Impreso en su Tarjeta):

<input type="checkbox"/> Credito / <input type="checkbox"/> Debito:	Número de Tarjeta:	Fecha de Expiración:
---	--------------------	----------------------

Nombre (Come es Impreso en su Tarjeta):

Yo autorizó a MindPath Care Centers a cobrar cualquier saldo pendiente en mi cuenta a la tarjeta de credito o debito que escribí anteriormente mensualmente.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE:

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA MINDPATH CARE CENTERS AT CAROLINA PARTNERS IN MENTAL HEALTHCARE, PLLC

Usted podría ser contactado por MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental Health, PLLC, un clinico de MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental Health, PLLC, o un agente de la práctica con información sobre estudios clínicos que podrían ser de beneficio a usted o alguien al cual usted tiene autorización para hacer decisiones médicas. Ya sea que si o no escoja participar en un estudio particular como sujeto del estudio, sería por su propia voluntad y sujeto a las circunstancias de cada estudio.

Le gustaría ocasionalmente ser notificado para someterse al proceso de selección por la oportunidad de participar en un estudio clínico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Le podemos mandar correo electrónicos a usted sobre y durante un estudio clínico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Le podemos mandar mensajes de texto a usted sobre y durante un estudio clínico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

INFORMATION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

RECONOCIMIENTO DE RECIBO SOBRE “NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”

POR FAVOR LEER POR COMPLETO Y CON CUIDADO

ESTE **RECONOCIMIENTO** QUE LE HEMOS DADO LA OPORTUNIDAD PARA REPASAR NUESTRA “NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD” ES REQUERIDO POR LEY FEDERAL. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

Yo,	_____, reconozco que yo he recibido la “Noticia de Prácticas (NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE) de Privacidad” de MindPath Care Center y he tenido la ample oportunidad para leer y repasar el documento.
-----	---

CONSENTIMIENTO DE REGISTROS MÉDICOS

Yo,	_____, entiendo que si soy referido a otro proveedor fuera de (NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE) MindPath Care Centers, notas sobre mi abuso de sustancias pueden ser compartidas con el proveedor al que soy referido.
-----	---

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo,	_____ (NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE) , estoy de acuerdo a recibir tratamiento de MindPath Care Center. Yo entiendo que yo puedo retirar este consentimiento a tratamiento en cualquier tiempo. Un retiro de consentimiento será hecho en escritura y incluire la razón por retiro.
-----	---

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE:	
FIRMA:	FECHA:

INFORMACION DE PACIENTE

(Por Favor Escriba con Pluma Azul o Negra)

CARGOS DE PACIENTE

Por Favor Tenga Cuidado! Cuando hace una cita programada, ese tiempo es hecho especialmente para usted. Nosotros esperamos verlo en su cita programada. Igualmente, nuestro objetivo es ver a todos nuestros pacientes de una manera oportuna, y por eso seguimos lo que sigue:

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA

Cancelación (con – Noticia de 24 Horas)	Ninguna Carga
Cancelación (sin – Noticia de 24 Horas)	\$60.00
No Llamada / No Presente	\$60.00

*** PATRONES DE CANCELACIONES SERÁN DISCUTIDAS CON SU PROVEEDOR***

POR FAVOR NOTE: CARGOS SON SUJETOS A CAMBIAR POR SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

NOTICIA

Usted no será reprogramado para otra cita más allá de estos parámetros sin permiso de su proveedor.

Su aseguranza no paga por citas canceladas o citas donde ocurre no llamada/no presente. Los cargos descritos anteriormente serán un gasto fuera de su propio bolsillo como individual.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre esto, por favor discutirlos con su proveedor.

RECONOCIMIENTO
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA PÓLIZA. YO ESTOY DE ACUERDO A PAGAR CONFORME A LAS PAUTAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE:

FIRMA:

FECHA: