

DATOS PERSONALES

FECHA: _____

APELLIDO(S): _____ NOMBRE COMPLETO: _____

APELLIDO DE SOLTERA (U OTROS NOMBRES USADOS): _____ SEXO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ EDAD: _____ SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

DOMICILIO: _____ APARTAMENTO # _____

POBLACION: _____ ESTADO _____ CODIGO POTAL _____

DOMICILIO DE CORREOS (SI DIFERENTE AL ANTERIOR): _____

TELEFONO CASA: (____) _____ - _____ MENSAJE OK? __SI__NO

CELULAR : (____) _____ - _____ MENSAJE OK? __SI__NO

SALARIO MENSUAL TOTAL DE LOS MIEMBROS DE LA CASA \$ _____ FUENTE _____

LUGAR DE EMPLEO O ESCUELA QUE ATIENDE: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: (____) _____ - _____ MENSAJE OK? __SI__NO

ESTADI CIVIL (redondear) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a En Pareja (sin casarse)

NOMBRE DEL ESPOSO/A/ PAREJA/ PADRE o MADRE _____

DOMICILIO (SI DIFERENTE AL ANTERIOR): _____ APARTAMENTO # _____

POBLACION _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____ ROI _____

DOMICILIO: _____

MEDICO DE FAMILIA: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

REFERIDO POR: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

SEGURO PRIMARIO: _____ LUGAR DE EMPLEO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FDN: _____

NUMERO DE ASEGURANZA _____ GRUPO/POLIZA _____

RELACION CON EL PACIENTE ASEGURADO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ LUGAR DE EMPLEO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FDN: _____

NUMERO DE ASEGURANZA _____ GRUPO/POLIZA _____

RELACION CON EL PACIENTE ASEGURADO: _____

A COMPLETAR POR LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO(S) DE LA CUOTA NO CUBIERTA POR LA ASEGURANZA

APELLIDO(S): _____ **NOMBRE COMPLETO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____ **SEGURO SOCIAL:** _____ - _____ - _____

_____ (inicial) Con mi firma abajo, estoy dando mi consentimiento para entrar en tratamiento bajo las condiciones seguidamente citadas, la cual es una copia del consentimiento En la hoja de registro.

Como cliente de Valley Mental Health, su tratamiento puede ser proporcionado por un terapeuta subcontratado y/o en una oficina satellite. Es asi que tanto cualquier medico o terapeuta contratado con VMH puede examinar sus archivos en todo o en parte. Con esta excepci3n, los archivos medicos son guardados conforme a las reglas de confidencialidad m1s estrictas. Esto significa que la informaci3n sobre su tratamiento no ser1 transmitida a ninguna agencia externa o individuo sin su permiso escrito. Sin embargo, existen ciertas exigencias de la ley que pudieran requerir a los empleados o terapeutas subcontratados de VMH, proporcionar a las autoridades informaci3n confidencial que prueben de las intenciones con respect al suicidio o homicidio; pruebas de abuso infantil, actual o pasado; y pruebas del abuso actual o pasado de personas de avanzada edad. La confidencialidad sera revocada si la informaci3n que tenemos puede ayudar a salvar la vida en una emergencia. Si tiene preguntas sobre la confidencialidad, su terapeuta podr1 discutirlo con Ud.

_____ (inicial) He recibido una copia de tarifas de VMH. Se me ha explicado que los clientes con el OHP no se les facturara por los services. Al resto de las aseguranzas se les facturara apropiadamente.

_____ (inicial) He recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente.

_____ (inicial) He recibido una copia del procedimiento de quejas.

_____ (inicial) Me ha sido ofrecido y cubierto la Declaracion de Salud Mental.

_____ (inicial) Se me instruido sobre mi derecho de tener una persona que pueda tomar las decisiones por mi en caso de yo no poder hacerlas.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Soy el paciente _____ Soy el padre o madre _____ Soy el tutor _____

NOTA: Clientes con Medicaid no se les facturará por los servicios prestados y no serán responsables por el pago de citas no atendidas.