



HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE

Full Service Behavioral Health

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE – ADULTO

HBI-USE	Cuenta #: _____	HBI-USE
	Seguro: _____	
	EAP: _____	

Fecha: _____	
Nombre del Paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____	
SSN: _____ - _____ - _____	
Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio Particular: (Calle N°) _____ (Ciudad) _____ (Estado/Código) _____	
Domicilio Postal: (si es diferente de arriba) (Calle N°) _____ (Ciudad) _____ (Estado/Código) _____	
Teléfono Particular: () _____	Teléfono Celular: () _____
Teléfono Laboral: () _____	Correo Electrónico: _____
Medio de comunicación preferente: (Marcar todas las que se apliquen) <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Tel. Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> C. Electrónico	Teléfono Preferido para el uso de recordatorios, seguimiento, emergencias: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo Mejor horario para llamar: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Seguro Principal:	Seguro Secundario:
Principal Persona Asegurada:	Principal Persona Asegurada:
Fuente de Referencia:	Si esta es una consulta obligatoria (EAP), ¿A quien deberíamos contactar?
Médico de Atención Primaria:	Teléfono: _____
¿Le gustaría compartir su información de tratamiento con su médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido un tratamiento previo de salud mental / conductual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si fuera así, ¿cuándo?	
Nombre del médico / Servicio: _____	
Contactos de Emergencia	
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Relación: _____
Teléfono Principal: () _____	Teléfono Principal: () _____
Motivo de la visita de hoy y lo que espera lograr al final de la visita de hoy:	

El HBI se rige por el reglamento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 HIPAA y el Estado de Nevada en los estatutos de divulgación de los registros médicos. Los registros de los pacientes se mantienen de conformidad con el Código Administrativo de Nevada (NAC) 629 y el Consejo Estatal de Salud de Nevada.

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION MEDICA

Con el fin de coordinar mi atención médica y procesamiento de reclamaciones de seguros, yo autorizo la divulgación de información médica a mi médico, proveedor de atención primaria y a la compañía de seguros. Asimismo, autorizo la divulgación de información a los siguientes:

1. Persona Autorizada _____ Relación: _____
2. Persona Autorizada _____ Relación: _____
3. Persona Autorizada _____ Relación: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Si este formulario se envía electrónicamente, escriba el nombre completo del firmante.

CONFIDENCIALIDAD: Nosotros llevaremos los registros de los servicios que hemos prestado. Usted puede ver su expediente en cualquier momento. Mientras que el registro sea nuestro, usted controla la información que contiene. Si desea dar a conocer cualquier información a un tercero, usted tendrá que firmar un consentimiento y pagar por la copia del archivo. El material que usted discute en la terapia es personal y confidencial. Sin embargo, hay algunas situaciones en las que la información puede ser compartida sin su consentimiento. Esas razones son las siguientes:

1. Peligro potencial (a sí mismo u otros).
2. Abuso Infantil y de ancianos, maltrato físico, abandono físico y emocional.
3. Custodia del Niño - (ordenada solo por la corte).

INSTRUCCIONES PREVIAS

¿Tiene usted una Instrucción Previa? Si No
Si es así, por favor dar una copia al HBI para el registro de su tratamiento.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Autorizo el pago de los beneficios de seguro médico al médico o el proveedor suscrito por los servicios descritos. El pago que aquí se indica, en su totalidad o parcial, y será igual o si se me paga.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

ACUERDO FINANCIERO

El abajo firmante está de acuerdo en que, en consideración de los servicios a ser prestados, el paciente o tutor legal en forma individual, conjunta y solidariamente se obliga, a sí misma/o o a ellos mismos para pagar la cuenta de los Servicios Médicos del Instituto de Comportamiento Humano. El acuerdo sobre los honorarios son los establecidos en el resumen de beneficios o cargos que me han dado en el día de hoy.

Entiendo que la obligación financiera es mi / nuestra responsabilidad ya que el paciente / tutor y en el caso de que la compañía de seguros se negara al pago o yo / nosotros no cumplamos con los acuerdos de pago, el abajo firmante se compromete a pagar los honorarios razonables de abogados y los gastos de recolección serán remitidos a la tercera parte para la recolección.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

ASUNTOS LEGALES

El HBI no proporciona evaluaciones profesionales legales o testimonio de cualquier asunto legal. En el caso de que su terapeuta sea citado por el sistema legal, usted / su representante legal deberá asumir el costo de dichos servicios. Su seguro no cubre testimonio o declaraciones del profesional legal. El costo de estos servicios es de \$ 250.00 por hora con un mínimo de dos horas. Usted / su representante legal necesita hacer los acuerdos financieros con la oficina comercial del HBI en caso de que esto ocurra.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

He leído los materiales presentados en esta declaración de revelación y el folleto que la acompaña. Mi firma indica que entiendo la información, de acuerdo con las condiciones de la terapia que se indica aquí y en la Guía del paciente, y me comprometo o mi hijo menor a cumplir con ello.

Entiendo que una vez que la terapia comienza, me reservo el derecho de retirar el consentimiento para participar en la terapia en cualquier momento que considere apropiado. Haré todo lo posible para hablar de mis preocupaciones sobre el desarrollo de la terapia con el HBI antes de terminar de esta manera.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Al escribir su nombre en la línea de firma y marcar esta casilla, certifica que es legalmente responsable de firmar y enviar este documento electrónicamente. GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SU DISPOSITIVO, ADJÚNTELO A UN CORREO ELECTRÓNICO Y ENVÍELO A INTAKE@HBINETWORK.COM.