

Admissions Form

** indicates a required field*

*** Date**

*** Name of person seeking treatment / Nombre de la persona que busca tratamiento**

*** Phone number / Número de teléfono**

*** Date of Birth**

*** Social Security Number (for insurance purposes) / Número de Seguro Social (para fines de seguro)**

Social Security Number / Número de Seguro Social

I don't have a Social Security Number / No tengo un número de seguro social

*** Have you already spoken to someone in this office who was helping you get through the admissions process? ---¿Ya has hablado con alguien de esta oficina que te estuvo ayudando a superar el proceso de admisión?**

*** Have you been seen by a provider in this office before? If so, who?----- ¿Le ha atendido algún profesional en esta oficina anteriormente? Si es así, ¿quién?**

TREATMENT

*** Preferred times of appointments (please give as many options as possible)/Horarios preferidos de citas (por favor, proporcione tantas opciones como sea posible)::**

*** Male, female, no preference of therapist/Masculino, femenino, sin preferencia de terapeuta:**

*** What are you seeking treatment for? / ¿Para qué estás buscando tratamiento?**

- Depressive Symptoms / Síntomas depresivos
- Anxiety symptoms / Síntomas de ansiedad
- PTSD symptoms / Síntomas de trastorno de estrés postraumático
- Post-Partum symptoms / Síntomas posparto
- Grief and Loss / Duelo y pérdida
- Family Counseling / Consejería Familiar
- Couples Counseling / Consejería para parejas
- Substance Use / Uso de sustancias
- LGBTQ+
- EMDR
- Other/Otro

*** Is your therapy related to any of the following ----¿Su terapia está relacionada con alguno de los siguientes temas?**

- Workers Compensation Claim / Reclamación de compensación laboral
- Unemployment Claim / Reclamo de Desempleo
- Disability Claim / reclamo de Incapacidad
- Active or potential court case / Caso judicial activo o potencial
- None of the above / Ninguno de los anteriores

TREATMENT OF MINORS - SKIP THIS SECTION IF NOT APPLICABLE

If the client is a minor, parents/legal guardian's names/phone are required

A Consent to Treat a Minor form will need to be completed by both parents/guardians before beginning treatment with a minor.

If both parents/guardians do not consent, we will need a copy of legal documents clarifying legal

custody or a court order.

Si el cliente es menor de edad, se requiere el nombre y el teléfono de los padres o tutores legales.

Ambos padres o tutores deberán completar un formulario de Consentimiento para el Tratamiento de un Menor antes de iniciar el tratamiento.

Si ambos padres o tutores no dan su consentimiento, necesitaremos una copia de los documentos legales que aclaren la custodia legal o una orden judicial.

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian 1/Phone

Parent/Guardian 2/phone

If there is only one parent/guardian please explain, as we require both parents/guardians to consent for mental health treatment. --- Si solo hay un padre/tutor, explique, ya que requerimos que ambos padres/tutores den su consentimiento para el tratamiento de salud mental.

IF THIS IS THE TREATMENT OF A MINOR, YOU WILL NEED TO DOWNLOAD THE FORM "CONSENT TO TREAT A MINOR" AFTER YOU COMPLETE AND ELECTRONICALLY SUBMIT THIS FORM (ON THE NEXT SCREEN), COMPLETE THE FORM AND UPLOAD IT TO THIS PORTAL. IF YOU HAVE DIFFICULTY UPLOADING IT TO THIS PORTAL, YOU CAN EMAIL IT TO INTAKE@HCAHSS.

SI SE TRATA DEL TRATAMIENTO DE UN MENOR, DEBERÁ DESCARGAR EL FORMULARIO "CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR" DESPUÉS DE COMPLETARLO Y ENVIARLO ELECTRÓNICAMENTE (EN LA SIGUIENTE PANTALLA), COMPLETARLO Y SUBIRLO A ESTE PORTAL. SI TIENE DIFICULTADES PARA SUBIRLO A ESTE PORTAL, PUEDE ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A INTAKE@HCAHSS.

INSURANCE AND PAYMENT INFORMATION

* Primary insurance Carrier/Compañías de seguros primaria

I don't have insurance or I don't plan on using insurance/No tengo un seguro o no pienso utilizar ningún seguro

Primary Insurance

*** Primary Insurance Member ID/Identificación de miembro**

- N/A - I don't plan on using insurance -No planeo usar seguro
- Enter number/Introducir número

*** Secondary insurance / Compañías de seguros secundarios We need to know ALL your insurance carriers that are active to avoid claim denials / Necesitamos saber TODAS sus compañías de seguros que están activas para evitar el rechazo de reclamos.**

- I don't have a secondary insurance or I don't plan on using insurance/No tengo un seguro secundario o no pienso utilizar ningún seguro
- Secondary insurance name

*** Benefits: Deductible/Beneficios: Deducible**

- What is your deductible? / ¿Cual es su deducible?
- I don't know

*** Benefits: Copay/Beneficios: Copago**

- What is your copay? / ¿Cuál es su copago?
- I don't know

*** If you have Medi-cal, have you carved it out/given your medi-cal to another insurance company? ----- Si tiene Medi-cal, ¿lo ha separado o entregado su Medi-cal a otra compañía de seguros?**

- I don't have Medi-Cal / No tengo Medi-Cal
- I have Medi-Cal and it is Carved out to another insurance / Tengo Medi-Cal y está asignado a otro seguro.
- I have Medi-Cal but it is not carved out to another insurance / Tengo Medi-Cal pero no está incluido en otro seguro.
- I have Medi-Cal but I don't know if it is carved out to another insurance / Tengo Medi-Cal pero no sé si está incluido en otro seguro.

SUBMIT AND UPLOAD FRONT AND BACK OF INSURANCE CARD

YOU HAVE NOW COMPLETED YOUR ADMISSIONS FORM - DO NOT COMPLETE ANY OF THE SECTIONS BELOW - CLICK THE SUBMIT BUTTON BELOW.

AFTER SUBMITTING THIS FORM YOU MUST UPLOAD THE BACK AND THE FRONT OF YOUR INSURANCE CARD OR EMAIL IT TO INTAKE@HCAAHSS.COM

ENVIAR Y CARGAR EL ANVERSO Y EL DORSO DE LA TARJETA DE SEGURO

YA HA COMPLETADO SU FORMULARIO DE ADMISIÓN. NO COMPLETE NINGUNA DE LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN-HAGA CLIC EN EL BOTÓN ENVIAR A CONTINUACIÓN.

DESPUÉS DE ENVIAR ESTE FORMULARIO, DEBE CARGAR EL REVERSO Y EL ANVERSO DE SU TARJETA DE SEGURO O ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A INTAKE@HCAAHSS.COM

INTAKE AND BILLING DEPARTMENT - OFFICE USE ONLY / DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y FACTURACIÓN - SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Confirmed insurance carrier:

Carve out:

Deductible:

Copay:

Details of Payments (i.e.: break down of deductible and copay to be paid at each session)

-
-
-

Notes

-
-
-
-
-

Therapist to be assigned to the case:

-
-

Add administrative note with insurance or cash pay break down

If cash pay send a Good Faith Estimate

Ask the client to provide a copy of their insurance card - they can upload it or bring it to their first session

Call the client to share benefit info and schedule (if scheduling send the rest of the intake docs