



Registro de nuevo paciente

El día de hoy: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

¿Podemos llamarle a cualquier número? S N ¿Dejar un mensaje en cualquier número? S N

Persona responsable de la factura: () Igual que el paciente

Nombre: _____ Relación _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Información del empleador:

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono del trabajo: _____ ¿Podemos llamar a este número? S N

¿Dejar un mensaje en este número? S N

En el caso de emergencia, notificar:

Nombre: _____

Relación _____

Número de teléfono: _____

Información del Hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Ocupación

Información del seguro

Seguro primario y secundario con información del suscriptor (adjunte copia de ambos lados de las tarjetas de seguro, se requiere la dirección de reclamos)

¿Se está utilizando el seguro? S N

Nombre de la compañía de seguros primario: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono principal: _____

Número de grupo: _____

Identificación / póliza del miembro: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre de la compañía de seguros secundario: _____

Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono principal: _____

Número de grupo: _____

Identificación / póliza del miembro: _____ Fecha de vigencia: _____

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Inspire Therapeutic Services, LLC a divulgar a mi compañía de seguros o sus agentes designados cualquier información relacionada con la atención, el asesoramiento, el tratamiento o los suministros de salud mental que se me proporcionen con fines de administración, revisión, investigación o evaluación de la cobertura de reclamos y la utilización de servicios. Autorizo que una copia de esta información sea tan válida como el original. Notificaré por escrito a Inspire Therapeutic Services, LLC de cualquier información que no quiera divulgar.

Firma

Fecha

Asignación de beneficios

Autorizo la asignación de beneficios pagaderos a Inspire Therapeutic Services, LLC y / o su designado para servicios y suministros de salud mental o cualquier otro tercero pagador privado. Entiendo que soy responsable del pago de todos los copagos, coaseguros, deducibles y servicios no cubiertos.

Firma

Fecha

Salud

Medico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha del último examen físico: _____ Enumere **cualquier** problema de salud: _____

Autorización para divulgar información médica protegida (PHI) al médico de atención primaria (PCP)

La comunicación entre los proveedores de salud mental y su médico de atención primaria (PCP) es importante para garantizar que reciba una atención médica integral y de calidad.

Esta información no se divulgará sin su autorización firmada. Esta PHI puede incluir diagnóstico y plan de tratamiento.

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. He leído y entiendo la información y doy mi autorización:

_____ Acepto divulgar cualquier información pertinente sobre salud mental / abuso de sustancias a mi médico primario.

_____ RENUNCIO A LA NOTIFICACIÓN de mi médico primario, de que estoy buscando o recibiendo servicios de salud mental, y le ordeno que **NO** lo notifique.

Firma del paciente

Fecha

Tus derechos:

- Puede finalizar esta autorización (permiso para usar o divulgar información) en cualquier momento contactando a nuestra oficina.
- Si realiza una solicitud para finalizar esta autorización, no incluirá información que ya haya sido utilizada o divulgada en base a su permiso previo.
- No se le puede solicitar que firme este formulario como condición de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios.
- No tiene que aceptar esta solicitud para utilizar la divulgación de información.