



## 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.