

Consejero \_\_\_\_\_

CareNet of North Carolina  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Número de Expediente \_\_\_\_\_

Lugar de Expediente \_\_\_\_\_

Por favor complete este formulario de información confidencial con cuidado. Su consejero usará esta información para ayudarlo.

INFORMACIÓN DE CLIENTE

Fecha de nacimiento del cliente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de cliente \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer nombre Segundo nombre (Jr., Sr., etc.)

Dirección postal \_\_\_\_\_  
Calle Núm. Apto. Ciudad Estado ZIP Condado

Tel. casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

CLIENTE O PARTE RESPONSABLE

Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre de compañía Su ocupación o título

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad Estado ZIP Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Parte responsable de pagar, si no es el cliente:

Ingreso anual de familia Estatus militar Estatus de clero

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección de factura \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado ZIP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

- menos de 10,000
- 10,000-19,999
- 20,000-29,999
- 30,000-39,999
- 40,000-49,999
- 50,000-59,999
- 60,000-69,999
- 70,000-79,999
- más de 80,000

- Activo
- Retirado
- Reserva
- Cónyuge
- Miembro de familia
- Activo
- Retirado
- Dependiente
- Cónyuge

Sexo de cliente:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Soltero  Comprometido  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Denominación o preferencia religiosa \_\_\_\_\_ Iglesia / congregación local \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Educación – Encasille grado más alto completado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+

Médico personal o práctica grupal \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales \_\_\_\_\_ ¿Alguna alergia? \_\_\_\_\_

En una emergencia notifique a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Consejero o terapeuta previo \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? Marque todo el que aplique:

- Guía telefónica  Páginas amarillas  Periódico / medios  Ministro  Amigo / Familia
- Referido de EAP  Médico  Abogado  Cliente previo  Boletín
- Radio  TV  Panfleto  Sistema escolar  Página de red
- Servicios Sociales  Otro \_\_\_\_\_  Co. de seguros

¿Le gustaría recibir correspondencia gratis de parte del centro?  Sí  No

**Información de Cargos y Pagos**

La expectativa de cargos y pagos por servicios que usted recibe en el centro se establecerán con su consejero en la primera sesión. Se espera pago al momento de servirle. El centro acepta efectivo, cheques, MasterCard y Visa. Si tiene alguna pregunta o inquietud referente a requisitos de cargos o pago, por favor hable con su consejero o el gerente de oficina inmediatamente. La fe de pago se convierte en una parte importante de la experiencia terapéutica. Los pagos a su cuenta se deben al recibir el estado de cuenta mensual. Cuentas en deuda podrían resultar en procedimientos formales de cobro.

**Cancelaciones y Citas Pérdidas**

Se pide que el cliente dé un mínimo de 48 horas de aviso al cancelar una cita. Las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso o citas perdidas sin aviso están sujetas a cargos. **A menos que se especifique de otro modo, este registro se terminará 75 días después de la fecha del último contacto con el cliente.**

**Cobertura de Seguro**

El centro le ayudará a procesar para beneficios de seguro por servicios cubiertos. Si tiene intención de solicitar cobertura de seguro, por favor presente información de póliza o una identificación vigente de seguro al área de registro antes de su sesión. Se hará una fotocopia de su información de seguro para asegurar que se pueda verificar elegibilidad de cobertura y que se puedan procesar reclamos con precisión. Por favor complete la siguiente información **sólo si pide que el centro procese sus reclamos de seguro.**

**Asegurador principal:**

Nombre Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Tel. Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Dir. Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Núm. de Certificado o Póliza \_\_\_\_\_  
Núm. de Grupo \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de Portador de Póliza \_\_\_\_\_  
Fecha Nac. de Portador de Póliza: \_\_\_\_\_  
# Seg. Soc. de Portador de Póliza \_\_\_\_\_  
Relación de Paciente con Portador de Póliza: \_\_\_\_\_

**Asegurador Secundario:**

Nombre Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Tel. Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Dir. Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Núm. de Certificado o Póliza \_\_\_\_\_  
Núm. de Grupo \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de Portador de Póliza \_\_\_\_\_  
Fecha Nac. de Portador de Póliza: \_\_\_\_\_  
# Seg. Soc. de Portador de Póliza \_\_\_\_\_  
Relación de Paciente con Portador de Póliza: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Cliente:**

He recibido y leído la declaración de derechos del cliente / paciente del centro. He leído y entiendo la política de centro sobre cargos, reclamos de seguro, expectativas de pago, cancelaciones, y citas perdidas. Accedo a y acepto responsabilidad económica de pagar por servicios recibidos. En el evento que yo use beneficios de seguro para pagar todos o una porción de los cargos, por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos de seguro hechos a mi nombre. Por la presente asigno pago de beneficios de seguro a este centro de consejería bajo CareNet. Reconozco que soy responsable económica y legalmente de pagar por completo los cargos por servicios recibidos en el evento que se nieguen mis reclamos a un seguro de salud.

X \_\_\_\_\_  
Paciente / Cliente Fecha

X \_\_\_\_\_  
Parte Responsable si aparte del Cliente Fecha

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Pago Individual o Co-pago \$ \_\_\_\_\_ Pague \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.

**Diagnóstico Principal** \_\_\_\_\_ **Diagnóstico Secundario** \_\_\_\_\_

Firma de Consejero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Facilidades** \_\_\_\_\_