

Consejero _____

CareNet of North Carolina

Número de Expediente _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Lugar de Expediente _____

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

INFORMACIÓN DE CLIENTE

Fecha de nacimiento del cliente _____ Edad _____ Correo electrónico _____

Nombre del cliente _____

Last First Initial (Jr., Sr., etc.) Nombre Preferido

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 _____	<input type="checkbox"/> menos de 10,000	<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Activo
Fecha de nacimiento _____	<input type="checkbox"/> 10,000-19,999	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Retirado
Dirección de factura _____	<input type="checkbox"/> 20,000-29,999	<input type="checkbox"/> Reserva	<input type="checkbox"/> Dependiente
Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____	<input type="checkbox"/> 30,000-39,999	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge
Tel. _____	<input type="checkbox"/> 40,000-49,999	<input type="checkbox"/> Miembro de familia	
	<input type="checkbox"/> 50,000-59,999		
	<input type="checkbox"/> 60,000-69,999		
	<input type="checkbox"/> 70,000-79,999		
	<input type="checkbox"/> más de 80,000		

Sexo de cliente:

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 _____ Fecha _____
Paciente / Cliente

X _____ Fecha _____
Parte Responsable si aparte del Cliente

SÓLO PARA USO DE OFICINA

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

Diagnóstico Principal _____ **Diagnóstico Secundario** _____

Firma de Consejero _____ Fecha _____

Facilidades _____