



REGISTRACION DE CLIENTE

Fecha:			
Su Nombre:		Relacion al Cliente:	
INFORMACION DEL CLIENTE			
Nombre del Cliente:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:		SS #	Casa #:
Ciudad/Codigo/Postal:			Cell #:
Email:			
Ocupacion de Madre/Padre:		Empleador:	Numero de Empleo:
Por favor indique por quien fue recomendado:		<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amistad	<input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa	<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otro
Otro miembro de la familia que viene aqui:			

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

(Por favor de entregar su tarjeta de seguro para la cita.)

Persona responsable de la cuenta:	Fecha de Nacimiento:	Domicilio (si es diferente):		Numero de Casa:	
	/ /				
Esta persona es cliente aqui?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ocupacion:	Empleador:	Direccion de Empleo:		Numero de Empleo:	
Este cliente esta cubierto por un plan de?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Por favor indica cual seguro:	<input type="checkbox"/> Amerigroup	<input type="checkbox"/> United Behavioral Health	<input type="checkbox"/> Cigna	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> Ceridian
<input type="checkbox"/> WellCare	<input type="checkbox"/> Cenpatico	<input type="checkbox"/> Children's Medical Service	<input type="checkbox"/> ASO Funds	<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de la persona en el seguro:	Numero de ID del Asegurado:	Fecha de nacimiento:	Numero de Plan /Grupo:	Numero de Poliza:	Co-pago:
		/ /			\$
Relacion del Cliente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Si Mismo	<input type="checkbox"/> Conyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	
Otro seguro (si es aplicable):	Nombre del Asegurado:		Numero de Plan/Grupo:	Numero de Poliza:	
Relacion del cliente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Si Mismo	<input type="checkbox"/> Conyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un familiar o amistad (que no vive en el mismo domicilio):	Relacion con el Cliente:	Numero de Casa: ()	Numero de Trabajo: ()
--	--------------------------	------------------------	---------------------------

Toda la informacion que he dado es verdadera. Yo autorizo que los beneficios de seguro sean pagados directamente al doctor/doctora. Yo entiendo que soy responsable de cualquier balance o saldo. Yo autorizo que Psychological Assessment & Treatment Services, LLC. o mi compañía de seguro de cualquier informacion necesaria para proceder mi reclamo.

Ciente/Firma de Guardian: _____	Fecha: _____
---------------------------------	--------------



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

INFORME PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ doy mi consentimiento informado para la consejería de salud mental. Entiendo que este acuerdo se refiere al tratamiento psicológico para problemas de salud mental para los cuales solicito estos servicios. Al firmar este formulario, confirmo que he revisado el Notice of Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information y estoy de acuerdo con el contenido. Además, en virtud de la firma, doy consentimiento informado para recibir dichos servicios. Doy mi consentimiento para recibir tratamiento psicológico o consejería de salud mental.

Entiendo que la confidencialidad se limita a que, si les expreso pensamientos o planes de hacerse daño a mí o a otros, un oficial de la ley o otras autoridades competentes (y / o la persona que digo que voy a lastimar) puede ser informado. Entiendo que la confidencialidad se limita a que, si denuncio cualquier incidente de abuso físico, abuso sexual o negligencia hacia un niño, mentalmente retrasado mental, o anciano que un reporte será archivada con el Department of Children and Families.

Finalmente, entiendo que se requiere una antelación mínima de 48 horas si no soy capaz de mantener una cita programada. Me cobrará una cuota de \$50 Missed Appointment si la cancelación no se hace por lo menos 48 horas de antelación o si llego más de 15 minutos tarde a mi cita..

Firma de cliente

Fecha

Firma de padre o guardián

Fecha

Testigo

Fecha



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

Acuerdo de Nuevo Cliente

Estamos comprometidos a proporcionar la mejor calidad de atención posible. Con el fin de lograr esto, solicitamos su comprensión y acuerdo respecto a nuestras políticas.

Clientes son en última instancia responsables del pago de todo tratamiento proporcionado. Yo asumo la responsabilidad financiera por los servicios prestados a mí por Psychological Assessment & Treatment Services, LLC, incluyendo pero no limitado a: la terapia de admisión; las citas de seguimiento de la terapia; consulta de casos; evaluación psicológica incluyendo entrevistas de seguimiento de mí mismo (y / o miembros de mi familia) y entrevistas de otras personas, según sea necesario; pruebas psicológicas; revisión de documentos, registros, e-mail, audio y video; conferencias con y cualquier informe por escrito a mi médico (s) o abogado o otras partes interesadas.

Si corresponde, entiendo que la cuota es de \$150 a \$200 por hora para testimonio de la corte, las deposiciones, o cualquier otro servicio fuera de la oficina. Los servicios se facturan en incrementos de 15 minutos. Este cargo incluye el tiempo de realizar cualquier evaluación y / o exámenes psicológicos, revisión de los registros, la construcción de un informe o las letras, la preparación del juicio para su abogado, y las consultas. Usted recibirá una factura detallada sobre la terminación del informe final o consulta.

Las evaluaciones psicológicas requieren un retenedor preliminar para agendar la evaluación. El retén se basa de acuerdo con el precio cotizado para el tipo específico de evaluación. En ese momento, una estimación de los servicios necesarios será discutido con usted en persona. Su equilibrio es debido en el momento de la evaluación y / o cuando se complete el informe escrito.

Psicoterapia o citas en el consultorio - entiendo que se requiere un mínimo de 48 horas de aviso si no puede mantener una cita programada. **Se cobrará una tarifa de \$50 de cita perdida por las citas que no hayan sido canceladas con al menos un aviso de 48 horas**, o si tengo más de 15 minutos de retraso en mi cita.

Citas de evaluación psicológica – dentro o fuera de las oficinas: típicamente programamos 5-6 horas para que cada cliente complete las pruebas. Dado que dedicamos tanto tiempo a cada persona, y las citas suelen ser reservadas semanas por adelantado, las cancelaciones o las citas perdidas son bastante costosas y es poco probable que se reprogramen rápidamente. **Requerimos un mínimo de 48 horas de antelación para la recalendarización o cancelación de una cita de evaluación psicológica** que nos permita tiempo para encontrar a alguien más para tomar la cita. Sin tal aviso, los honorarios serán cargados como sigue a menos que se discutan los arreglos alternativos:

- **Cancelación de la evaluación psicológica (dentro de 48 horas de la cita) o citas perdidas (ninguna comunicación antes de faltar la cita): \$250.00**

Denegación de seguros: mientras hacemos todo lo posible para asegurar la elegibilidad del seguro antes de su visita, puede haber varias razones por las cuales el seguro puede denegar el reembolso incluso después de la verificación por PATS, LLC y usted mismo. En el caso de que el seguro niegue el reembolso por los servicios prestados, el saldo es su responsabilidad. Los pagos por servicios prestados que han sido denegados por su seguro deben hacerse en un plazo de 30 días.



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

Continuación del nuevo acuerdo de cliente

Casos de divorcio y custodia de niños: PATS, LLC no cumplirá con los arreglos financieros específicos establecidos en un acuerdo de custodia de menores, acuerdo de divorcio, Decreto de divorcio de juicio, o similares (los "arreglos"). Dado que PATS, LLC no es parte en estos arreglos, no está obligado a los términos financieros de los arreglos.

En casos de divorcio, la persona que recibe atención en PATS, LLC es responsable del pago de: copays, coaseguro, deducibles u otros sentimientos en el momento del servicio.

En cuanto a la custodia de los hijos, el padre que presenta al niño (el "padre que presenta") para el cuidado y el tratamiento en PATS, LLC es responsable del pago de: co-pagos, coaseguro, y deducibles en el momento del servicio. Esta política se aplica si existe una disposición de custodia compartida del niño y/o la responsabilidad conjunta de sus gastos médicos. Si el niño está en el seguro de salud del padre que no tiene la custodia o no se presenta, entonces PATS, LLC todavía recogerá los copagos aplicables, coaseguro, y deducibles en el momento del servicio del padre presente.

Entiendo que soy personalmente responsable de los cargos pendientes en mi cuenta. También entiendo que la cuenta puede ser entregada a un abogado o agencia de cobro si no pago todos los cargos dentro de quince (15) días después de la notificación de que mi cuenta está atrasada. Si esto ocurre, yo seré responsable por el honorario completo, los intereses y todos los costos de la corte y los honorarios del abogado.

Asignación de beneficios: yo, Herby, solicito que el pago de Medicaid autorizado o seguro comercial privado o cualquier otro pagador sea hecho en mi nombre a los servicios de **Psychological Assessment and Treatment Services, LLC** por cualquier servicio proporcionado a mí.

Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que libere a la administración de financiamiento de atención médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados, y para liberar todo o parte de mi registro bajo cualquier medio requerido para el pago de mis cargos sea cualquier compañía de seguros u otro designado (s).

También autorizo la divulgación de información necesaria para presentar reclamos al servicio de facturación médica compatible con HIPPA designado por Psychological Assessment and Treatment Services, LLC.

Entiendo que mi firma a continuación actúa como una firma en el archivo. Entiendo que mi compañía de seguros puede ser contactada antes de la entrega de servicios si se necesita la certificación previa para autorizar el pago de los servicios.

Firma de cliente (Padre/ Guardian)

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO

PATS LLCS, requiere una tarjeta de crédito o débito en el archivo para todos los servicios. No cargaremos esta tarjeta sin su permiso, excepto en los siguientes casos (por favor marque las casillas abajo para indicar la comprensión de estas circunstancias):

- Cancelaciones tardías o cita no-se presenta como se detalla en las políticas de la oficina y la política de cancelación de no venir a cita o tarde
- su factura es de más de 90 días vencidos, sin arreglos alternativos en el lugar

Por favor marque la casilla de abajo si desea que nosotros carguemos la tarjeta automáticamente por cualquier copago, co-seguros u otros saldos adeudados de manera continuada:

- Me gustaría usar esta tarjeta para pagar por los servicios en curso. Por favor cargue esta tarjeta abajo inmediatamente después de mi cita (s) para cualquier saldo hasta \$_____.

Yo, _____, autorizo a palmaditas, LLC a usar la información de mi tarjeta de crédito/débito para cargar mi tarjeta de crédito/débito. Entiendo que esta tarjeta se cobrará por cancelaciones tardías, no-shows y saldos vencidos pasados, como se indica en el documento de políticas de la oficina.

POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

Tipo de tarjeta (círculo uno): Visa MasterCard Discover

Tarjeta #: _____ - _____ - _____ - _____ Vencimiento: _____

Nombre impreso en la tarjeta: _____

Código de verificación/seguridad: _____

El Domicilio de Cobro: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Al firmar a continuación, estoy autorizando a PATS, LLC a cargar la tarjeta de arriba de la manera designada. Mi firma también indica que voy a informar a mi médico de cualquier cambio en esta información de facturación en el transcurso de nuestro trabajo en conjunto.

Firma de Cliente o Padre

Nombre Impreso del Cliente o Padre

Fecha



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

Autorización para divulgar información de salud protegida para el médico de Atención Primaria

La comunicación entre los proveedores de salud mental y los médicos de atención primaria (PCP) es importante para asegurar que usted reciba atención médica integral y de calidad. Este formulario le permitirá a Psychological Assessment & Treatment Services, LLC (PATS, LLC) compartir información de salud protegida (PHI) con su PCP. Esta información no será divulgada sin su autorización firmada. Este PHI puede incluir el diagnóstico, plan de tratamiento y la medicación si es necesario

Derechos del paciente

- ◆ Usted puede pedir cancelar esta autorización en cualquier momento al firmar un segundo formulario indicando que desea hacerlo. No se incluye la información que ya ha sido utilizada o revelada en base a su autorización previa.
- ◆ Usted no puede ser obligado a firmar este formulario como condición de tratamiento y / o servicios.
- ◆ Usted tiene derecho de pedir una copia de esta autorización firmada para tener en sus archivos.
- ◆ Usted no tiene que estar de acuerdo con esta autorización a la utilización de divulgar la información.

Autorización del paciente

- Autorizo la divulgación de cualquier información sobre la salud mental / abuso de sustancias, aplicable a mi PCP por PATS, LLC.
- Yo autorizo la divulgación de sólo mi información de medicamentos a mi PCP por PATS, LLC.

Nombre de la práctica: _____
Nombre del PCP: _____

Dirección: _____
Telefono: _____
Fax: _____

NO AUTHORIZO la divulgación de cualquier información aplicable de salud mental / abuso de sustancias o la información de medicamentos a mi PCP por PATS, LLC.

No tengo un PCP y no quiero ver ni hablar con uno. Por lo tanto no autorizo que ninguna de mi PHI se divulgará por PATS, LLC.

Pido TERMINAR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA. La autorización original se firmó el _____.

Yo, el abajo firmante, he leído y entiendo los derechos de los pacientes y han tomado la decisión de dar la autorización o declinado autorización.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente (Padre o Guardián)

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Psychologist
Licensed Mental Health Counselor

Francine Odio, Psy.D., L.M.H.C.
Licensed Mental Health Counselor

RECONOCIMIENTOS

Mis iniciales y firmas a continuación, indican que reconozco que se me ha proporcionado información escrita para su revisión o para mantener en relación con las siguientes políticas y procedimientos de evaluación psicológica y servicios de tratamiento.

Por favor inicial que usted ha leído y entiende cada uno abajo:

_____ Reconozco que se me ha dado información sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida (PHI) (HIPAA)

_____ Reconozco que me han dado el acuerdo de Responsabilidad Financiera

_____ Reconozco que me han dado el formulario de autorización de tarjeta de débito/crédito.

_____ Reconozco que entiendo la política de cita perdida

Entiendo que mi firma abajo actúa como firma-en-archivo en el reconocimiento que he leído, revisado, o recibido las políticas y los procedimientos que renuncian de PATS, LLC.

Firma del cliente o padre/guardian

Fecha

Cliente

Fecha

Testigo

Fecha