

**INFORMACION DEL PACIENTE**

**(LETRA IMPRESA)**

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE(S):** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_ **IDENTIDAD DE GENERO:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:**  SOLTERO  CASADO  OTRO

**RAZA (OPCIONAL):**  INDIO AMERICANO  ASIATICO  AFRO AMERICANO

NATIVO DE HAWAII  BLANCO  OTRO

**ETNICIDAD (OPCIONAL):**  HISPANO O LATINO  NO HISPANO NO LATINO

**TELEFONO (REQUIRIDO) CELULAR:** \_\_\_\_\_ **TRABAJO:** \_\_\_\_\_ **OTHER:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO PREFERIDO (CIRCULE UNO):** C T O

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL #:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**COMO SUPISTE DE NOSOTROS?** \_\_\_\_\_

**INFORMACION EMPLEO DEL PACIENTE:**  EMPLEADO  ESTUDIANTE  OTRO

**COMPANIA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO DEL EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL RESPONSABLE (EN CASO DE NO SER EL PACIENTE)**

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE (S):** \_\_\_\_\_

**DIRECCION** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:**  SOLTERO  CASADO  OTRO

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **TIPO:** \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL #:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**RELACION CON PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMPLEO DEL RESPONSABLE:**  EMPLEADO  ESTUDIANTE  OTRO

**COMPANIA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO DEL EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA DEL PACIENTE**

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DE LA CLINICA:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo el pago directamente al médico de los beneficios quirúrgicos y / o médicos, de haberlos, que de lo contrario se me pagarán por los servicios descritos, y me doy cuenta de que soy responsable de pagar los servicios no cubiertos. También autorizo al médico a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento necesario para procesar reclamos de seguro.

**FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**PORFAVOR, LEA CON CUIDADO Y CONTESTE**

He leído la Política y los Procedimientos y entiendo y acepto las políticas descritas anteriormente. Acepto pagar mi copago de seguro o deducible / coaseguro, y saldo adeudado antes de cada sesión.

**INFORMACION DEL SEGURO PRINCIPAL**

COMPANIA DE SEGURO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE POLIZA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL SEGURO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TELFONO COMPANIA DE SEGURO \_\_\_\_\_ GRUPO O NUMERO: \_\_\_\_\_

VALIDO: DE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ SEGURO PROPORCIONADO POR EMPLEADOR:  SI  NO

NOMBRE DE ASEGURADO: \_\_\_\_\_

DIRECCION ASEGURADO \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

NUMERO SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACION DE SEGURO**

**PARA PODER COBRAR A SU SEGURO, NECESITAMOS QUE MARQUE CADA CAJA Y FIRME AL FINAL DEL DOCUMENTO**

- Yo autorizo el uso de esta forma con toda mi información de seguro.
- Yo autorizo la divulgación de información a todas mis compañías de seguros.
- Yo entiendo que soy el responsable de mi factura y cargos asociados.
- Yo autorizo a mi médico a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago de las aseguradoras.
- Yo autorizo el pago directamente a mi médico u otro proveedor de atención medica, y por la presente asigno mi derecho al reembolso de los servicios prestados a MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental HealthCare, P.L.L.C.
- Yo permito que una copia de este documento sea usado en vez del documento original.

**Nombre Impreso del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **FORMULARIO DE ACEPTACION FINANCIERA**

Hacemos tu pago fácil y conveniente. Puedes pagar en efectivo, cheque y tarjeta de débito o crédito. Para liquidar saldo pendiente puede hacerlo en nuestra página web: CarolinaPartners.com.

Usted puede pagar saldos vencidos con el siguiente método. Denos una tarjeta de crédito o débito.

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Débito # \_\_\_\_\_ Fecha Expiración \_\_\_\_\_

Nombre en Tarjeta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ Fecha Expiración \_\_\_\_\_

Nombre en Tarjeta \_\_\_\_\_ Tipo de Tarjeta \_\_\_\_\_

Autorizo a MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental HealthCare, PLLC a cargar mensualmente todos los saldos vencidos de mi cuenta al número anterior de la tarjeta de crédito o débito.

**Firma del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **INSTITUTO DE INVESTIGACION CLINICA**

Usted puede ser contactado por un especialista o miembro del staff de MindPath Care Centers at Carolina Partners con información acerca de estudios clínicos que podrían beneficiarlo a usted o al alguien de quien usted es responsable. Participar o no en cualquiera de nuestros estudios como sujeto de investigación es voluntario y dependerá de las circunstancias y requerimientos de cada estudio.

Le gustaría ser contactado ocasionalmente para someterse al proceso de evaluación para ser considerado a participar en un ensayo clínico?  Si  No

Nos permite mandarle correo electrónico/ mensaje de texto acerca y durante estudios de investigación?

Correo electrónico :  Si  No    Texto:  Si  No

## **RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE “AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD”**

Este **RECONOCIMIENTO DE RECIBO** que le hemos proporcionado la oportunidad de revisar nuestra “**NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**” es requerido por la Ley Federal. Gracias por su cooperación.

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido de  
**Nombre Paciente Impreso**

MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental HealthCare, PLLC la “Notice de Practices de Privacidad” y que he tenido la oportunidad de revisar y entender el documento antes mencionado.

## **CONSENTIMIENTO DE HISTORIAL MEDICO**

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que si soy referido a otra practica  
**Nombre Paciente Impreso**

Fuera de MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental HealthCare, PLLC, notas clínicas acerca de abuso de sustancias podría ser compartida con otros proveedores médicos para mi atención.

## **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en recibir tratamiento de parte de  
**Patient Name Printed**

MindPath Care Centers at Carolina Partners in Mental HealthCare, PLLC. Entiendo también, que puedo retirar este consentimiento en cualquier punto. El retiro de consentimiento deberá ser por escrito e incluir la razón del retiro.

**Firma del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Honorarios del Paciente

**PORFAVOR TENGA EN CUENTA** que cuando hace una cita, ese tiempo está especialmente reservado para usted. Realmente esperamos verlo en su cita programada. Sin embargo, nuestro objetivo es que todos los pacientes sean atendidos de manera oportuna, por lo tanto, se seguirá lo siguiente:

|   |           |
|---|-----------|
| Cancelación ( <b>con</b> - aviso de 24 horas) | Sin Cargo |
| Cancelación ( <b>sin</b> – aviso de 24 horas) | \$60      |
| No asistencia a cita programada sin llamada   | \$60      |

**\*\*\* Patrones de cancelaciones serán discutidos con su proveedor. \*\*\***

---

Usted no sera reagendado para otra cita fuera de estos parametros sin permiso de su proveedor de servicios de salud.

La compañía de seguro no paga por cancelaciones o inasistencias. Las Tarifas anteriores serán un gasto de bolsillo para usted como individuo.

Si tiene cualquier duda o comentario, favor de discutir esto con su proveedor de salud

He leído y entendido los procedimientos. Estoy de acuerdo a pagar los montos en base a lo antes mencionado.

---

**Firma del Paciente O responsable**

---

**Fecha**