Informacion Del Paciente

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Segundo nombre) :_____

Direccion :_____ **Cuidad**:_____ **Estado:**_____ **Codigo Postal**:_____

Correo Electronico: _____

Sexo: [ ] M [ ] F Fecha de Nacimiento:_____ **Edad:** ____ **Numero De Seguro Social #**_____

Origen Etnico : _____ **Numero de Telefono:** _____

Estado Civil: Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ] Vuido/a [ ] Separado/a [ ] Menor de edad [ ]

Notificacion de Emergencia Nombre Y Numero de Telefono: _____

Nombre de Medico/a de Referencia Y Telefono : _____

Nombre de Padres de Custodia (si el nino/a es menor de 18): _____

Si el padre no tiene la custodia, que tipo de derechos de usted:* _____

*se require una copia de los papeles de divorcio o una declaracion legal de atencion psicologica antes de que se pueden prestar los servicios .

Informacion Del Seguro:

Nombre del Seguro Primario :_____**# de ID** :_____ **# de Grupo :**_____

Nombre del Titular de la poliza: _____ Relacion: _____

Numero del Seguro social: _____ Fecha de Nacimiento :_____

Nombre del Seguro Secundario :_____**# de ID** :_____ **# de Grupo :**_____

Nombre del Titular de la poliza: _____ Relacion: _____

Numero del Seguro social: _____ Fecha de Nacimiento :_____

Seguro Medico: [ ] SI [ ] NO Por favor entregue la trajeta de Seguro a la recepcionista

Inicial: **Noticia Importante :** Las citas deben cancelarse con 24 horas de anticipacion para evitar una tarifa por no presentarse de **$87.50.** Ademas, si no notifica a esta oficina y no se presenta a la

_____ cita programada del recorrido, se aplicara la tarifa de no presentacion y el resto de sus citas se cancelaran.

Inicial: **Usted es responsable del pago de todos los coseguros o, si no tiene cobertura de Seguro, el**

_____ **pago de todos los cargos a su cuenta vence en el momento de los servicios prestados.**

Asignacion de Beneficios y Alta Medica

Por la presente, autorizo un pago directo a DFW Psychological por los beneficios medicos, si los hubiere, que de otro modo se me pagarian segun los terminus de mi Seguro. Por la presente autorizo a DFW Psychological a divulgar cualquier informacion adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a mi compania de seguros. Por la presente autorizo a mi medico, hospital o centro medico a proporcionar toda la informacion sobre mi historial medico y tratamiento a DFW Psychological. Por la presente autorizo que las fotocopias de este formulario sean validas como el original.

Firma: _____ **Fecha :** _____

Dfw Psychological & Consulting Services, Inc.

Nombre del paciente: _____

Direccion: _____

Cuidad:_____ **Estado:**_____ **Codigo Postal:**_____

Numero de Telefono:_____ **Cell:**_____ **Otro:**_____

Estoy siendo visto por la oficina de la Dra. Betty Eitel para el siguiente proposito y accepto el siguiente procedimiento: (Marque Uno)

_____ Individual, matrimonial, o psicologia familiar

_____ Terapia de grupo

_____ Una evaluacion psicologica para el Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitacion

_____ Una evaluacion psicologica para los servicios de determinacion de discapacidad

_____ Otro _____

Me han dado un formulario de notificacion que describe las politicas de privacidad para mi informacion de salud protegida.

_____ _____

Firma **Fecha**

Solicitud de Comunicacion Confidencial de su Informacion Medica Protegida

Ecierre en un circulo su respuesta a lo siguiente:

Podemos dejar mensajes sobre sus citas con un companero de trabajo, recepcionista o secretaria que conteste sus llamadas regularmente?	SI	NO	N/A
Podemos dejar mensajes en un correo de voz en el trabajo ?	SI	NO	N/A
Podemos discutir sus citas/tratamiento con su pareja o otra persona?	SI	NO	N/A

Y si? Nombre: _____

Si tiene mas de 18 anos y todavia vive en la casa de sus padres, podemos discutir sus citas o tratamientos con sus padres?	SI	NO	N/A
Si tiene mas de 18 anos, podemos discutir sus citas/tratamientos con sus hijos?	SI	NO	N/A

Debe informarnos por escrito si desea cambiar la forma en que esta oficina se comunica con usted.