

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha del primer contacto: _____ Fecha de la cita programada: _____ Fecha ofrecida: _____

Persona que llama: _____ Relación con la persona que llama: _____ Médico clínico: _____

Admisión

Si está completando este formulario en nombre de su hijo (menor de 18 años), proporcione la información del menor.*

INFORMACIÓN DE CLIENTES POTENCIALES

*** Tenga en cuenta que el nombre y el género que indique a continuación también deben figurar en los documentos de seguro y facturación.**

Si su nombre, pronombres o identidad de género preferidos difieren de los que figuran en la lista, indíquelo en las secciones siguientes.

Nombre del cliente (apellido, nombre, segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido del cliente _____ Pronombres preferidos Él Ella Elle

Género del cliente: Masculino Femenino No binario

Número de seguro social del cliente: _____

Mejor número de teléfono: _____

Dirección del cliente (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Nombre del segundo padre/madre/tutor (si corresponde): _____ Número de teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación con el cliente _____

Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Tipo de recordatorio de cita: Mensaje de texto Correo electrónico Ambos

Dirección de correo electrónico para comunicación de DBH: _____

Teléfono celular para comunicación de DBH: _____

Número de menores por los que el cliente es responsable financieramente: _____

Nombre de la escuela a la que asiste el cliente: _____

¿La clienta está embarazada? Sí No

¿La clienta intenta obtener un tratamiento relacionado específicamente con su salud mental materna? Sí No

GRUPO DEMOGRÁFICO

Fuente de pago

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Contrato de servicios |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro comercial | <input type="checkbox"/> Seguro de accidentes laborales | |

Fuente de derivación:

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar/amigo | <input type="checkbox"/> Sí mismo | <input type="checkbox"/> División de Servicios Laborales (Division of Workforce Services) | <input type="checkbox"/> Clero |
| <input type="checkbox"/> Sistema escolar | <input type="checkbox"/> DCFS | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental | <input type="checkbox"/> DPSD |
| <input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Proveedor de consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> Derivación judicial |
| <input type="checkbox"/> Otra referencia comunitaria | | | |

Estado civil del cliente:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Viudo |
| <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado/soltero | | | |

Raza del cliente (principal):

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Indio americano |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Afrodescendiente/africano | <input type="checkbox"/> Otra raza única | <input type="checkbox"/> Dos o más razas |

Grupo étnico del cliente (principal):

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> No es de origen hispano |
| <input type="checkbox"/> Otro origen hispano | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Idioma preferido (si no es inglés) _____

Vivienda del cliente:

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa residencial de 24 horas | <input type="checkbox"/> Hogar de acogida (adulto o menor) | <input type="checkbox"/> Entorno institucional | <input type="checkbox"/> Cárcel |
| <input type="checkbox"/> Residencia privada/independiente | <input type="checkbox"/> Persona sin hogar o refugio | <input type="checkbox"/> Residencia privada/dependiente | |

¿Usted (el cliente) ha sido hospitalizado en forma involuntaria? Sí No

¿Usted (cliente) ha servido alguna vez en el servicio militar o lo está haciendo actualmente? Sí No

¿El cliente ha estado inscrito en la escuela en los últimos 3 meses? Sí No

Último grado que el cliente completó en la escuela: _____

Empleo del cliente:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> De 0 a 5 años | <input type="checkbox"/> Discapacitado, no está trabajando | <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo: más de 35 horas | <input type="checkbox"/> Desempleado, no está buscando empleo |
| <input type="checkbox"/> Jubilado | <input type="checkbox"/> Desempleado, buscando empleo | <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo o de transición | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial: menos de 35 horas | <input type="checkbox"/> Se dedica a las tareas del hogar | |

¿El cliente ha recibido anteriormente tratamiento de salud mental? Sí No
¿El cliente ha estado alguna vez hospitalizado en el hospital estatal? Sí No
¿El cliente ha recibido tratamiento alguna vez en Davis Behavioral Health? Sí No

¿El cliente ha tomado alguna vez alguno de los siguientes medicamentos: Clozaril, Seroquel, Zyprexa, Risperdal, Geodon?
 Sí No

Uso de nicotina del cliente:

Nunca fumó/vapeó Exfumador/solía vapear Actualmente, fuma algunos días Actualmente, fuma todos los días
 Consume tabaco sin humo Edad del primer uso: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL HOGAR

Si no tiene seguro o procura obtener servicios para el consumo de sustancias, complete la siguiente información para reunir los requisitos a fin de obtener una tarifa con descuento.

Si el cliente es menor de edad, incluya la información financiera de los padres.

Ingresos/salario _____
Seguro de accidentes laborales _____
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): _____
Seguro Social por Discapacidad (SSD): _____
Seguro social _____
Jubilación _____
Cupones para alimentos _____
Prestaciones sociales _____
Manutención conyugal/de menores _____
Otros ingresos _____
Ingreso mensual total _____

El cliente no quiere proporcionar información financiera.

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de la compañía de seguros principal _____ Dirección _____

Número de teléfono del seguro principal _____ Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro principal _____ Número de póliza _____

Nombre de la compañía de seguros secundaria _____ Dirección _____

Número de teléfono del seguro secundario _____ Nombre del titular de la póliza _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza de seguro secundaria _____ Número de póliza _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

El cliente no quiere proporcionar información sobre los ingresos.

Copago de terapia USD _____

Copago médico USD _____

BHN SSF PCG EFECTIVO _____ visitas a USD _____

Formulario de consentimiento para la admisión

Derechos de consentimiento y privacidad

- Copago:** Yo tengo la responsabilidad de pagar mi copago en el momento de cada sesión. Si mi seguro privado me paga directamente, entiendo que se me facturará el costo total del servicio.
- Cancelaciones y ausencias:** Comprendo que se me puede cobrar una tarifa de USD 25 por no presentarme a una cita o si no cancelo mi cita dentro de las 24 horas.
- Seguro:** Comprendo que pueden producirse cambios en los ingresos mensuales y en la cobertura del seguro, y que, como resultado, mi copago podría cambiar. Notificaré cualquier cambio de inmediato a Davis Behavioral Health (DBH).
- Información de facturación:** Acepto que mi familiar, tutor o la persona que actúe en mi nombre podrá hablar con DBH sobre mi información de facturación y otros asuntos de facturación relacionados con mi tratamiento en DBH.
- Cobranzas:** Si, por algún motivo, su cuenta no se ha pagado en su totalidad en el momento del alta, se agregará una comisión por cobranza del 18 %, y la cuenta pasará a la sección de Cobranzas.
- Privacidad y derechos de los clientes:** Me han informado que el Aviso de prácticas de privacidad y la Declaración de derechos de los clientes de DBH pueden encontrarse en el sitio web de DBH.
- Directivas anticipadas:** Se me ha proporcionado información sobre las directivas anticipadas, y sé que puedo hacer cualquier pregunta que pueda tener a un terapeuta.
- Sí No Actualmente, tengo directivas anticipadas, y se ha proporcionado una copia a DBH.
- Sí No Transporte con Medicaid: Estoy al tanto de cómo acceder a métodos de transporte alternativos (para los clientes inscritos en el Plan de Salud Mental Prepago).
- Sí No Quejas y apelaciones: Estoy al tanto de cómo acceder al proceso de quejas y apelaciones de Davis Behavioral Health.
- Sí No Doy permiso a Davis Behavioral Health para que tratarme por mis problemas de salud del comportamiento.
- Sí No La evaluación de la cárcel, si corresponde, puede encontrarse en el registro de la cárcel.
- Sí No Acepto permitir que DBH comparta mi historia clínica con mis otros proveedores médicos a través del intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE).
- He considerado detenidamente los beneficios y riesgos de participar en el servicio de telesalud, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al personal de DBH. **Doy mi consentimiento para participar en los servicios de telesalud de DBH mediante uno o más de los siguientes métodos: 1) firmando este formulario electrónicamente, 2) firmando y enviando una copia impresa por correo postal, O BIEN 3) (si uno de los dos métodos anteriores no es posible, por ejemplo, por el brote de la COVID-19), comunicándome con mi proveedor de atención médica por un medio electrónico, momento en el que el proveedor observará mi consentimiento verbal.**

Precio en efectivo en el momento del servicio

Evaluación de salud mental	USD 93,00
Evaluación médica	USD 175,00
Terapia individual	USD 76,00
Terapia grupal	USD 30,00
Gestión de med.	USD 76,00
Inyección	USD 40,72

Tarifa completa

USD 177,32 por hora
USD 177,32 por hora
USD 163,14 por hora
USD 48,52 por hora
USD 102,45 por visita
USD 40,72 por visita

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente en letra de imprenta: _____