

**HAVEN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATES**

8253 White Oak Avenue

Rancho Cucamonga, CA 91730

Phone: (909) 987-1997

[www.havenpsych.com](http://www.havenpsych.com)

Fax: (909) 987-0993

**Formulario de Admisión de Clientes**

(Por Favor Imprima)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Therapista: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL CLIENTE**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	Estado Civil (Marque Uno) Soltero/a / Casado / Otro	
<input type="checkbox"/> Es ésta su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre Anterior)	Fecha de Nacimiento / /		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	# de Seguro Social - -	Teléfono de Casa ( )	
P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Celular ( )		
Occupación	Empresario				Teléfono de Trabajo ( )	
Referidos a nosotros por: (Por favor de marcar uno de la lista) <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Del Seguro <input type="checkbox"/> Internet						
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Cerca de Casa/Trabajo <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Otra _____						

**INFORMACION DEL SEGURO (POR FAVOR DE DAR SU TARJETA A EL CLINICO)**

Persona Responsable del pago	Fecha de Nacimiento / /	Domicilio (Si es diferente)	Teléfono de Casa ( )	
Occupación			Teléfono Celular ( )	
Empresario	Dirección de Empresario		Teléfono de Trabajo ( )	
¿Este cliente es cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta una visita de EAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del EAP: _____	
Teléfono de Compañía del seguro: ( )	Teléfono de EAP: ( )		Total Anual EAP's permitido: _____	
<b>Seleccione su Compañía de Seguros Primaria</b>	<input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Beech Street <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> College Health IPA <input type="checkbox"/> CIGNA <input type="checkbox"/> Holman <input type="checkbox"/> Magellan <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Empathia <input type="checkbox"/> Managed Health Network <input type="checkbox"/> PacifiCare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Value Options <input type="checkbox"/> Otra: _____			

¿Cuál es su numero de autorización?			<input type="checkbox"/> Pago Privado		
Nombre del Asegurado	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento / /	# de Grupo	# de Póliza	Co-Pago \$
Relación con el cliente del asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre del Seguro Secundario		Nombre del Asegurado		# de Grupo	# de Póliza
Relación con el cliente del asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre de Familiar o Amigo/a (Que no viva en el mismo domicilio)	Relación con el Cliente	Telefono de Casa	Teléfono Celular

**(Por favor, complete el otro lado de esta página.)**

# HAVEN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATES

## Formulario de Admisión de Clientes

(Continuación)

### **POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE**

- Yo doy mi permiso para mi tratamiento psicológico por mi terapeuta especificado. Aunque reconozco que cumpliré los objetivos de mi terapia mas rapido si sigo las surgencias terapeuticas, tambien entiendo que tengo el derecho a interumpir o rechezar el tratamiento en cualquier momento. Yo entiendo, sin embargo, que soy responsable por cualquier balance que quede en mi cuenta antes de tomar la decisión de terminar mi tratamiento.
- Yo entiendo que soy responsable por mi pago de la cuota al inicio de cada cita.
- Yo entiendo que sí no cancelo mi cita con 24 horas de anticipación, tendré que pagar el costo de esa cita.
- Estoy de acuerdo que soy reponsable de todos los cargos que no cobre mi seguro.
- Entiendo que HPA s una asociación de terapeutas profesionales, licenciados, e independientes que comparten ciertos gastos y funciones administrativas. Aunque los miembros de esta asociación comparten un nombre y espacio en la misma oficina, cada terapeuta es completamente independiente en la prestación de servicios clinicos y que cada uno es reponsable por sus servicios. Los expedientes de cada paciente se mantiene por separados y no pueden ser visto por cualquier otro miembro de esta asociación sin su permiso por escrito.
- Yo autorizo la divulgación de información médica necesaria de acuerdo con las reglas de mi seguro para el reembolso de mis citas.
- Yo autorizo el pago de beneficios médicaos al proveedor de servicios.

X

FIRMA DE CLIENTE/TUTOR

FECHA