

NEW PERSPECTIVES CENTER
Para consejería y Terapia

1675 Winter St. NE
(503) 316-6770

Información del individuo

Fecha _____

Nombre Legal: _____

Nombre Preferido: _____ Nombre de Soltera: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Postal Condado: _____

Dirección Residencial (en caso de que sea diferente a la dirección postal): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Postal Condado: _____

Número de Teléfono: () _____ Trabajo: () _____ Celular: () _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: () _____

Dirección de envío: _____

Por Quien fue Referido(a): _____

Médico de Atención Primaria: _____ Número de Teléfono: () _____

Dirección: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Viviendo como Casado(a)

Genero: Masculino Femenino Otro Sexo Legal Masculino Femenino Otro

Empleador o Escuela: _____ **Empleado:** Tiempo Completo Medio Tiempo
Nivel de Educación: _____ Estudiante No Estoy
Empleado

Ocupación: _____

Nombre de Padres o de Pareja: _____

Empleador de los Padres o de su Pareja: _____ Número de trabajo: () _____

Tutor Legal (si es aplicable) Nombre de la agencia: _____ Número de Teléfono () _____

Dirección: _____

¿Esta el individuo Cubierto Por Seguro médico? Si- Continúe a Sección II NO-Continúe a Sección V

Sección II- Información del asegurado _____

Relación del individuo con el asegurado: si mismo esposo(a) Hijo otro

Si la "relación del individuo con el asegurador no es "si mismo "por favor complete la sección a continuación. Si el individuo (el que se convierte en cliente con NPC) es el asegurado, vaya directamente a la sección III.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Número de teléfono: () _____ Número de trabajo: () _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguro Social: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) otro Sexo: Hombre Mujer

Empleado o Escuela: _____

Empleado estudiante de tiempo completo Estudiante de medio tiempo

Sección III- Información de la póliza de seguro medico _____

Medicare Plan de Salud de Oregón Plan de Seguro médico privado Otro

Compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del plan: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

¿El individuo está cubierto por más de un seguro? SI- **por favor de completar la sesión IV**

No-Por favor regrese esta solicitud a la recepcionista

Sección IV- Información de la póliza de seguro médico secundario _____

- Medicare Plan de Salud de Oregón Plan de Seguro médico privado Otro

Compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del plan: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Sección V - Información de pago _____

¿Quién es responsable de los cargos de este individuo?

Individuo (cliente)- Por favor regrese esta solicitud a la recepcionista

Otro- complete la siguiente información (por favor tome en cuenta que quien firme el acuerdo individual del cliente también será responsable de todos los cargos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: () _____ Número de Trabajo: () _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____

Estado Civil: Soltero (a) Casado(a) Otro

Género: Masculino Femenino

Relación con la/el individuo (a): _____

NEW PERSPECTIVES CENTER

Para consejería y Terapia

ACUERDO DEL CLIENTE

En un esfuerzo por mantener bajos los costos de salud mental manteniendo un alto nivel de atención profesional, hemos establecido la siguiente política de pago para nuestros clientes. Nuestra responsabilidad principal es ayudar a nuestros clientes a experimentar buena salud y deseamos gastar nuestro tiempo y energía para ese fin. Por lo tanto, nos gustaría tomarnos el tiempo ahora para explicarle completamente nuestra política con el fin de evitar cualquier malentendido en el futuro.

- **Todos las tarifas deben ser pagadas el día de su cita.**
- Aceptamos el seguro como pago total o parcial de la tarifa y le podemos cobrar a su compañía de seguros si usted lo desea. Aunque usted tenga un reclamo de seguro médico pendiente, usted recibirá un estado de cuenta cada mes con el saldo pendiente de su cuenta. **No podemos aceptar la responsabilidad de cobrar un reclamo de seguro o de negociar un reclamo en disputa. El reembolso del seguro es un contrato entre usted y su aseguranza.** Usted es responsable por el pago de su cuenta dentro los límites de nuestra política de crédito. Después de 90 días, las cuentas morosas pueden ser asignadas para la asistencia de cobro. Si esto es necesario, se añadirá un cargo de servicio de \$25 a la cuenta para cubrir los costos del manejo adicional requerido. Esto asegurará que nuestros clientes que mantienen sus cuentas actualizadas no serán penalizados para cubrir los costos incurridos por aquellos que no pagan.
- **Requerimos un aviso de 24 horas de cancelación de su cita; de lo contrario se le cobrará \$35.00 por la sesión.** Una cita perdida es tiempo perdido para todos los involucrados, y el aviso de 24 horas nos da la oportunidad de reprogramar alguien más que necesite una cita. Contamos con una contestadora automática que funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana para que pueda dejar un mensaje en cualquier momento, noches y fines de semana incluidos.
- **Las llamadas telefónicas que no sean para hacer o cambiar citas serán cobradas a la tarifa normal.**
- Es posible que necesitemos facturarle si estamos obligados a hacer consultas externas que no están cubiertas por el seguro (es decir, revisiones de seguros, consejeros escolares, médicos, tribunales, abogados, etc.).

Por favor, no dude en hacernos cualquier pregunta sobre nuestras políticas de oficina. Queremos que se sienta cómodo en el tratamiento de estos asuntos y le instamos a que consulte con nosotros si tiene alguna pregunta con respecto a nuestros servicios y tarifas. No es nuestra intención causarle dificultades indebidas. Sin embargo, debemos cobrar nuestros fondos de la manera más eficiente posible para continuar nuestro servicio a la comunidad.

He leído esta política de crédito y entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, soy responsable del pago de mi cuenta dentro de los límites habituales de esta política de crédito. Estoy de acuerdo que en caso de que se incurran costos y/o honorarios en relación con el cobro de mi cuenta, pagaré todos esos costos y honorarios, incluyendo los costos de cobro, los honorarios de abogados y todos los costos del tribunal.

Nombre del Individuo: _____

Firma del Individuo/Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____