



NextGen MRN: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Nombre Preferido

()

()

Teléfono de casa

Teléfono celular

Correo electrónico

Dirección

N. Apartamento/Lote

Condado

Ciudad

Estado

Código Postal

/ /

Fecha de Nacimiento

- -

Seguro Social

Empleador / Escuela

Dirección

()

Teléfono

Ocupación o Grado Escolar

ETNICIDAD

- ☐ Hispano/a - Mexicano/a
☐ Hispano/a - Cubano/a
☐ Hispano/a - Puertorriqueño/a
☐ Hispano/a - Otro
☐ No Hispano/a o Latino/a
☐ Prefiere No Responder

SEXO ASIGNADO AL NACER

- ☐ Masculino
☐ Femenino

RAZA

- ☐ Nativo/a americano/a o de Alaska
☐ Asiático/a
☐ Negro/a Afroamericano/a
☐ Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico
☐ Blanco
☐ Prefiere No Responder

PRONOMBRES

- ☐ Ella
☐ Él
☐ Elle
☐ Ze/Zir/Zem
☐ Prefiere no contestar
☐ Otro: _____

ESTADO CIVIL

- ☐ Nunca casado/a
☐ Casado/a
☐ Separado/a
☐ Viudo/a
☐ Divorciado/a

IDIOMA PREFERIDO

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Otro: _____

¿ES VETERANO/A O MIEMBRO ACTIVO DEL EJÉRCITO?

- ☐ Si
☐ No

¿NECESITA ALGÚN TIPO DE ADAPTACIÓN?

- ☐ Discapacidad Visual
☐ Discapacidad Auditiva
☐ Movilidad
☐ Transporte
☐ Ninguna
☐ Otra: _____

En caso de emergencia, llamar a (nombre y apellido):

()

Teléfono

Relación

NextGen MRN: _____

Nombre Preferido _____

Fecha de hoy _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Llenar si el paciente es menor de 15 años o un adulto con tutor legal:

Padre/Madre o Tutor legal 1	Teléfono	Relación
Padre/Madre o Tutor legal 2	Teléfono	Relación
¿Qué tipo de derechos de toma de decisiones tiene el padre/madre o tutor legal? ☐ Completos ☐ Compartidos ☐ No está seguro ☐ Otro: _____	¿Existe un plan de custodia o documentación judicial? ☐ Si ☐ No	¿Trae consigo hoy la documentación de custodia o judicial de respaldo? ☐ Si ☐ No

Por favor, describa brevemente el motivo de su visita hoy: _____**¿Ha consumido alcohol o drogas en las últimas 24 horas (incluida la marihuana)? Si es así, indique la(s) sustancia(s) y la última vez que las consumió:** _____**Marque si actualmente está experimentando:**

Pensamientos sobre terminar con su vida: ☐ Hoy ☐ En el último mes ☐ En el último año

Pensamientos sobre hacerle daño a otras personas: ☐ Hoy ☐ En el último mes ☐ En el último año

Marque los motivos por los cuales está solicitando servicios. Nota: No se recetan medicamentos durante la cita de admisión. Las citas para manejo de medicamentos pueden programarse hasta con 30 días de anticipación.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Terapia Individual | ☐ Medicamentos | ☐ Evaluación por libertad condicional |
| ☐ Terapia Grupal | ☐ Recursos de vivienda, refugio, alimentos, etc. | ☐ Tratamiento por consumo de alcohol o drogas |
| ☐ Terapia Familiar | ☐ Hospitalización reciente por salud mental | ☐ Otro: _____ |

¿Actualmente cuenta con un terapeuta o consejero/a? ☐ Si ☐ No**Si respondió que sí, escriba su nombre y motivo del tratamiento:** _____*Si está experimentando una crisis de salud conductual, llame a la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis al 988.**Si está experimentando una emergencia que ponga en riesgo su vida, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.*

NextGen MRN: _____ Fecha de Hoy: _____

Apellido(s) del Paciente _____ Nombre(s) del Paciente _____

/ / - -

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Persona Responsable Financieramente

☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Padre, madre o tutor legal ☐ Otro: _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Es Jefe/a del Hogar? ☐ Si ☐ No

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Empleador _____

Información del Seguro Primario

Copia de la Tarjeta del Seguro – Frente y Reverso)

☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Padre, madre o tutor legal ☐ Otro: _____

Número Medicare _____ Número Medicaid _____ Condado _____ Número de Hogar CORE _____ Otro _____

Seguro Social del Asegurado _____ Apellido(s) del Asegurado _____ Nombre(s) del Asegurado _____

Nombre de la Aseguradora _____ Teléfono de la Aseguradora _____

Dirección de la Aseguradora _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Número de Autorización (si se requiere) _____

Información del Seguro Secundario

Copia de la Tarjeta del Seguro – Frente y Reverso)

☐ Paciente ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Padre, madre o tutor legal ☐ Otro: _____

Número Medicare _____ Número Medicaid _____ Condado _____ Número de Hogar CORE _____ Otro _____

Seguro Social del Asegurado _____ Apellido(s) del Asegurado _____ Nombre(s) del Asegurado _____

Nombre de la Aseguradora _____ Teléfono de la Aseguradora _____

Dirección de la Aseguradora _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____ Número de Autorización (si se requiere) _____

He revisado el Formulario Financiero del Paciente y las Políticas de Facturación y el Acuerdo Financiero del Centro. He completado la información solicitada de manera completa y correcta, según mi leal saber y entender. He recibido una copia de este formulario y del acuerdo de políticas de cobro, y acepto sus términos. Acepto asumir la responsabilidad y pagar la tarifa asignada por Community Reach Center.

Autorización para Divulgación de Información

Autorizo a Community Reach Center a divulgar información para fines de facturación de seguros, según sea requerido por la compañía de seguros.

Autorización para Divulgación de Información

Autorizo que los pagos se realicen directamente a Community Reach Center.

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____ Firma del Asegurado _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO – A COMPLETAR POR EL PERSONAL DE COMMUNITY REACH CENTER

Ingreso Anual Bruto del Hogar _____ Número de dependientes _____ Tarifa por sesión _____

Política de Tarifas y Acuerdo Financiero

El pago se espera al momento en que se brindan los servicios.

Community Reach Center, Inc. (CRC) es una organización sin fines de lucro y no gubernamental que depende de las tarifas y los pagos de seguros para cubrir una parte importante de sus gastos operativos. Usted es, en última instancia, responsable financieramente por todos los servicios que usted o los miembros de su hogar reciban del Centro.

Si usted cuenta con seguro médico, Medicare o Medicaid, se le solicita lo siguiente:

- Proporcionar una copia de su tarjeta VIGENTE de Medicaid (frente y reverso) en cada visita o, como mínimo, una vez al mes. No proporcionar una copia actualizada de su tarjeta puede resultar en el cobro de la tarifa completa por los servicios.
- Proporcionar a CRC cualquier formulario de reclamación del seguro de su empleador, agente de seguros o compañía aseguradora, con la información requerida debidamente completada, y/o una copia de su tarjeta de seguro (frente y reverso). La verificación de beneficios del seguro no garantiza el pago. El contrato de su seguro es entre usted y su aseguradora. CRC le ayudará en todo lo posible para recibir el pago correspondiente; sin embargo, usted es responsable final del pago, incluidos todos los deducibles y copagos.
- Proporcionar una copia de su tarjeta de Medicare en cada visita o, como mínimo, una vez al mes, la cual refleje si usted es elegible para recibir servicios bajo Medicare Parte B. Los servicios brindados por médicos, psicólogos licenciados o terapeutas licenciados que estén supervisados por un médico o psicólogo estarán disponibles en las instalaciones al momento de prestar los servicios. Usted es responsable de cualquier deducible y copago que no esté cubierto por Medicare.
- Si en algún momento su cobertura cambia, es su responsabilidad notificar a CRC. No hacerlo puede resultar en que las tarifas se le facturen directamente a usted en lugar de a Medicaid, Medicare, su compañía de seguros, una subvención especial u otro tercero pagador.
- En caso de que se soliciten o requieran servicios adicionales que no estén cubiertos por su seguro o plan de pago, usted será el único responsable de dichos servicios.

Políticas de tarifas y facturación:

- Es su responsabilidad notificar a CRC sobre cualquier cambio en su situación financiera durante la vigencia de este acuerdo. No hacerlo puede resultar en la terminación de este acuerdo y/o cambios en su tarifa.
- Durante la cita de admisión, se le solicitará completar una declaración financiera si solicita una tarifa reducida. Esta tarifa reducida permanecerá vigente mientras la cuenta esté actualizada. Este acuerdo de tarifas tendrá una vigencia de un (1) año, a menos que se indique lo contrario. Se requiere una revisión anual de la cuenta de cada paciente.
- La política de CRC establece que los pacientes que no realicen el pago de tres (3) sesiones corren el riesgo de que sus servicios se terminen. La decisión se basará en información clínica como financiera.
- Se podrá cobrar una tarifa por inasistencia (NO SHOW) de \$15.00 si usted no notifica a CRC con al menos 24 horas de anticipación a su cita programada. Esta tarifa deberá pagarse en su próxima cita.
- El pago se requiere antes de cualquier evaluación psicológica o interactiva para todos los pacientes que pagan por cuenta propia.

Cuentas en mora:

- En caso de que sea necesario asignar su cuenta a una agencia de cobranza, usted será responsable de todos los costos de cobranza, pueden incluir honorarios legales y otros gastos incurridos.

Formulario de Declaración de Ingresos

Nombre del Paciente: _____ **NextGen MRN:** _____

Entiendo que debo proporcionar comprobantes de ingresos para poder establecer la tarifa de los servicios que recibo en Community Reach Center. Esto se realiza de acuerdo con la tabla de pagos del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado, División de Salud Mental. Proporcionaré a Community Reach Center la evidencia correspondiente de los ingresos de cada miembro de mi familia que contribuya al ingreso del hogar. Los ingresos incluyen, entre otros: salarios, jubilación, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por inversiones, dinero recibido por asistencia pública y dinero en efectivo recibido como regalo para apoyar a la familia.

☐ Actualmente recibo Ingresos del Seguro Social (SSI) por un monto de \$ _____ por mes.

☐ Actualmente recibo Ingresos del Seguro Social por Discapacidad (SSDI) por un monto de \$ _____ por mes.

Declaro que el ingreso total de mi hogar es de \$ _____ ☐ por año ☐ por mes.

Este ingreso sostiene a ____ adultos (incluyéndome) y ____ niños menores de 18 años.

Entiendo que esta información debe actualizarse cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones y que se me podrá solicitar firmar este formulario nuevamente en esos casos:

- Los pacientes deben proporcionar documentación anualmente (una vez por cada año fiscal del estado);
- El ingreso familiar ha cambiado de manera significativa;
- El número de dependientes en la familia ha cambiado; o
- La información proporcionada no fue correcta.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Firma del testigo (personal de CRC) _____ Fecha _____

Formas Aceptables de Comprobante de Ingresos

Tipo de ingreso	Documentación Requerida
Salarios / Sueldo	Talones de pago
Compensación por desempleo	Carta o estado de beneficios
Ingresos trabajo independiente	Declaración de impuestos del año anterior
Compensación laboral	Carta de adjudicación o determinación de beneficios
SSDI o SSI	Carta de beneficios, estado de beneficios recibidos o notificación de adjudicación
Pensión alimenticia	Orden Judicial
Ingresos por renta	Copia del contrato de arrendamiento
Fondo Fiduciario	Carta del fiduciario

Si se utilizarán talones de pago, complete lo siguiente:

Promedio de horas trabajadas por semana: _____ Pago por hora: _____



NextGen MRN: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico Primario: _____ Clínica/Consultorio del PCP: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado y C.P.: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de Fax: (_____) _____

Fecha del último examen físico: _____

Condiciones Físicas

(Ejemplos: diabetes, presión arterial alta, cirugías, etc.)

☐ No tiene condiciones físicas conocidas

Medicamentos actuales

☐ No toma medicamentos actualmente

Nombre Medicamento	Dosis (ej.: 50mg)	Frecuencia (ej.: por la noche)	Médico que lo recetó

Alergias a Medicamentos

☐ No tiene alergias conocidas a medicamentos

Nombre Medicamento	Reacción (ej.: urticaria, etc.)		

Salud Dental (indique cualquier problema dental): _____

☐ No tiene problemas dentales conocidos