

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

**RAZA**

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

**ESTADO CIVIL**

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

**¿ES VETERANO/A O MIEMBRO ACTIVO DEL EJÉRCITO?**

- Si
- No

**SEXO ASIGNADO AL NACER**

- Masculino
- Femenino

**PRONOMBRES**

- Ella
- Él
- Elle
- Ze/Zir/Zem
- Prefiere no contestar
- Otro: \_\_\_\_\_

**IDIOMA PREFERIDO**

- Inglés
- Español
- Otro: \_\_\_\_\_

**¿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 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: \_\_\_\_\_

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.

**ISI 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: \_\_\_\_\_

<b>Condiciones Físicas</b>		(Ejemplos: diabetes, presión arterial alta, cirugías, etc.)
<input type="checkbox"/> No tiene condiciones físicas conocidas		

<b>Medicamentos actuales</b>			
<input type="checkbox"/> No toma medicamentos actualmente			
Nombre Medicamento	Dosis (ej.: 50mg)	Frecuencia (ej.: por la noche)	Médico que lo recetó

<b>Alergias a Medicamentos</b>			
<input type="checkbox"/> No tiene alergias conocidas a medicamentos			
Nombre Medicamento	Reacción (ej.: urticaria, etc.)		

Salud Dental (indique cualquier problema dental): \_\_\_\_\_

No tiene problemas dentales conocidos