

Inscripción del Cliente

Nombre del cliente: _____ Inicial segundo nombre: _____ Apellido: _____ #SS _____

Nombre de soltera/nombre anterior: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino: ___ Femenino: ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Teléfono: _____ # Teléfono: _____

Estado civil: Soltero/Nunca casado ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Unión libre ___

Nombre de la persona (que no sea el cliente) que está llenando el formulario: _____

Si usted no es el cliente, ¿está el cliente con usted? Sí _____ No _____

Relación con el cliente: Cónyuge _____ Padre/madre _____ Padre/madre sin custodia _____ Tutor legal _____

Padraastro/madrastra ___ Miembro de la familia ___ Padre/madre de crianza ___ Coordinador del caso ___ Otro (describir): _____

Cónyuge o Padre/Madre 1

Nombre: _____

Nombre de soltera o alias: _____

Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: ___ CP: _____

Teléfono _____ Empleador: _____

¿El cliente vive con este padre/madre? Sí ___ No ___

Padre/Madre 2

Nombre: _____

Nombre de soltera o alias: _____

Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: ___ CP: _____

Teléfono _____ Empleador: _____

¿El cliente vive con este padre/madre? Sí ___ No ___

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Nombre del contacto de emergencia** _____

Relación con el contacto de emergencia: _____ **Reside con el contacto de emergencia:** Sí ___ No ___

Educación del cliente: (indicar el grado escolar más alto completado)

Edad escolar _____ Graduado de secundaria _____ GED _____ Formación vocacional después de la secundaria _____

Un poco de universidad (indicar # de años) _____ Grado universitario _____ Estudios de posgrado, sin título _____

Maestría _____ Doctor en Jurisprudencia (JD) _____ Doctorado _____

Situación laboral: Estudiante _____ Desempleado _____ Trabajador por cuenta propia _____ Medio tiempo _____

Tiempo completo _____ Jubilado _____ Discapacitado _____

Origen étnico del cliente: Asiático ___ Negro/Afroamericano ___ Isleño del Pacífico ___ Nativo americano _____

Blanco/Caucásico _____ Otro (describir): _____ ¿Usted es de origen étnico latino o hispano? Sí _____ No _____

¿Qué es lo que mejor describe el motivo de su visita el día de hoy?

Buscando servicios de salud mental ___ Servicios por alcohol y drogas ___ Evaluación/tratamiento por orden de la Corte ___

Por favor explique brevemente por qué está buscando servicios _____

¿Fuma el cliente? Sí _____ No _____

Seguro: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿cuál es la compañía aseguradora? _____

¿Usted es un cliente anterior de JCMHC? Sí _____ No _____

Cliente # _____

**CENTRO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE JOHNSON
SOLICITUD PARA TARIFA REDUCIDA**

El Centro de Salud Mental se sostiene con las tarifas de los clientes, seguros y fondos estatales y del condado. Si vive en el Condado de Johnson, usted podría calificar para tarifas reducidas. A ningún residente del Condado de Johnson se le negará el servicio por su incapacidad de pago. Los servicios podrán ser limitados o demorados si se niega a pagar.

Este formulario se usa para determinar el monto de asistencia a la cual un individuo o familia podría calificar para el pago de los servicios en el Centro. Le ayudaremos a completarlo si lo necesita. Se requiere prueba de ingresos.

Prefiero no brindar la siguiente información y pagar el costo completo.

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Persona recibiendo los servicios _____ Condado de Residencia _____

Enumere las personas en su hogar, incluyéndose usted, que dependen de este ingreso (no incluya niños para quienes hace pagos de manutención infantil):

Nombre:	Parentesco:	Edad:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INGRESOS DEL HOGAR

Se requieren copias de la documentación de comprobación. Los ingresos deben reflejar el monto bruto pagado a o favor de, cualquier miembro del hogar, antes de realizarse cualquier deducción. Otros ingresos incluyen pero no están limitados a ingresos por ahorros, dividendos, fideicomisos y propiedades.

Tengo Medicaid o Ingreso del hogar es \$0.00, explicar: _____

	Propio	Cónyuge/ Compañero/ Otro	(Solo para uso de la Oficina) Ingreso Anual
<input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Salario	\$ ____/hr ____ hrs/semana	\$ ____/hr ____ hrs/semana	\$ _____
Trabajo por cuenta propia	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Seguro Social/Jubilación	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Desempleo	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Pensión para cónyuge divorciado	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Discapacidad/Compensación laboral	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
Otros ingresos: _____	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes	\$ _____
INGRESO ANUAL TOTAL (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)			\$ _____

Certifico que la información suministrada es una declaración exacta y verdadera de mi ingreso bruto y del tamaño de mi hogar.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre del cliente: _____

Cliente #: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Antecedentes Médicos del Cliente Consumo de Sustancias

Nombre del cliente: _____

Adulto (18 y mayor)

¿Cuántas veces en el último año ha consumido 5 bebidas (si es hombre) o 4 bebidas (si es mujer) o más bebidas en un día? _____

¿Cuántas veces durante el último año ha consumido drogas ilegales o medicamentos de venta con receta que no haya sido en la forma en que fueron recetados por su médico? _____

Adolescente (12-18 años)

¿Durante los últimos 12 meses usted:

Consumió alcohol? (más que unos pocos sorbos) _____

Fumó marihuana o hachís? (Incluya K2) _____

Consumió cualquier otra cosa para drogarse? _____

Si usted respondió no a las preguntas anteriores, ¿alguna vez ha estado en un CARRO conducido por alguien (incluyéndolo a usted) que estaba “en onda” o había consumido alcohol o drogas? Sí _____ NO _____

Medicamentos

Enumere TODOS los medicamentos que el cliente está tomando actualmente (tanto los que requieren receta médica como los de venta libre).

Medicamento	Dosis (si la conoce)	¿Por qué razón?	Vigencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias (Medicamentos y/o Alimentos)

Alergia	Reacción
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nº de cuenta: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro primario: _____ **Fecha de vigencia:** _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **#SS:** _____

Empleador: _____ **# de grupo:** _____ **Relación:** _____

#de identificación: _____ **# de contrato:** _____

Seguro secundario: _____ **Fecha de vigencia:** _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **#SS:** _____

Empleador: _____ **# de grupo:** _____ **Relación:** _____

#de identificación: _____ **# de contrato:** _____

Medicaid#: _____ **Vigencia:** _____

Inicial del cliente o tutor:

_____ Entiendo que a mi compañía de seguros se le facturará el costo total del servicio y no la tarifa según mi capacidad de pago.

_____ Entiendo que los pagos de HRA/HSA/FSA y otras cuentas de fondos administrados de seguros se aplicarán por la cantidad total correspondiente a la responsabilidad del paciente según lo determina mi seguro, y no la tarifa según mi capacidad de pago.

_____ Entiendo que el Centro de Salud Mental está subsidiando una parte del costo total hasta que mi compañía de seguros haga el reembolso.

_____ Entiendo que mi autorización a continuación le permite al Centro de Salud Mental cobrar hasta el costo total de los servicios.

_____ **El cliente no tiene cobertura de ningún plan de atención de salud.**

_____ **El cliente tiene seguro pero no desea que facturen los servicios al seguro. Esto constituye la TARIFA COMPLETA POR LOS SERVICIOS.**

Inicial del cliente o tutor:

_____ **Responsabilidad financiera**

Entiendo que enviar la factura al seguro es un servicio brindado como cortesía y que en todo momento soy responsable financieramente ante el Centro de Salud Mental del Condado de Johnson (JCMHC) por cualquier cargo que no esté cubierto por los beneficios de atención de salud. Es mi responsabilidad notificar a JCMHC cualquier cambio en mi cobertura de atención de salud. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de toda la factura o del saldo de la factura según lo determine JCMHC y/o mi aseguradora si se niega el pago del reclamo presentado o parte del mismo. Entiendo que al firmar este formulario, estoy aceptando la responsabilidad financiera tal como se explicó anteriormente para todos los pagos de servicios y/o tratamiento proporcionados.

_____ **Asignación de beneficios**

Autorizo el envío directo del pago de todos los beneficios del seguro, incluyendo Medicaid y Medicare, al Centro de Salud Mental del Condado de Johnson (JCMHC) por todos los servicios con cobertura que me proporcionaron durante todo el tratamiento y la atención brindada. Entiendo y acepto que esta Asignación de Beneficios tendrá vigencia continua mientras yo esté siendo tratado por JCMHC, y constituirá una autorización continua de cualquier póliza de seguro que esté vigente al momento del servicio, mantenida en el expediente con JCMHC, que autorizará y permitirá el pago directo a JCMHC de todos los beneficios de seguro correspondientes y elegibles para todos los tratamientos posteriores y continuos, los servicios y la atención brindada. Esto sirve como un consentimiento de por vida para Medicare.

_____ **Autorización de seguro**

Autorizo al Centro de Salud Mental del Condado de Johnson a divulgar información del expediente médico del cliente anteriormente mencionado con el propósito de tener acceso a los beneficios del seguro. Esta información puede incluir diagnósticos, fechas y tipo de tratamiento recibido. Se puede solicitar información adicional antes de realizar el pago del reclamo y puede incluir, entre otros, documentos tales como el informe de ingreso, plan de tratamiento, notas de progreso, medicamentos recetados e informe del alta.

Cliente (Tutor) / Asegurado (Firma)

Fecha de la firma