

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial) (Apodo)

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(Calle/Buzón Postal) (Apt./Unidad #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Otro \_\_\_\_\_

Grupo Étnico:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  África-Americano  Hispano  Blanco  Hawaiano/Islands del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL GARANTIZADOR

**(Persona responsable financieramente, si es diferente al paciente arriba mencionado)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(Calle/Buzón Postal) (Apt./Unidad #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Relación con el Paciente:  Esposo(a)  Madre  Padre  Hermano(a)  Otro (relación) \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE SU ASEGURANZA

**NOTA: Meier Clinics® SÓLO factura a la aseguranza si su proveedor está contratado con su aseguranza.  
 Complete la siguiente información SÓLO si vamos a facturar a la aseguranza por usted.**

Nombre de su Aseguranza **Primaria**: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Usted  Esposo(a)  Padre/Madre  Otro \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de su Aseguranza **Secundaria**: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Usted  Esposo(a)  Padre/Madre  Otro \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA CONTACTIO VÍA CORREO ELECTRÓNICO

Al proveer mi correo electrónico, doy mi consentimiento para lo siguiente: Ser contactado por las clínicas Meier vía correo electrónico a la dirección personal mencionada abajo, soy mayor de 18 años de edad, o al correo electrónico provisto que es de un padre/madre/guardián legal. Los correos electrónicos podrán ser vistos por personas no intencionadas, ya que los correos electrónicos no son enviados en forma codificada. Los correos electrónicos podrán ser vistos, recibidos y/o respondidos por cualquier empleado de Meier Clinics. \*El correo electrónico no es intencionado para propósitos clínicos o reemplazar la terapia, pero podrá ser utilizado adjuntamente a la terapia o para propósitos administrativos (ej. Facturación, citas, encuesta de satisfacción, reporte mensual electrónico, oportunidades para donadores, eventos, etc.). Libero y declaro inocente a Meier Clinics y cualquier empleado de Meier Clinics de cualquier reclamación de mi parte, pasada, presente o futuro, que surja del uso del correo electrónico. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo provea una revocación a Meier Clinics.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN (continua en la pagina 2)

Doy mi consentimiento a Meier Clinics para contactar a mi Médico de Cuidado Primario u otro proveedor de salud mencionado abajo con respecto a mi tratamiento, según sea necesario. Este consentimiento permanecerá en efecto durante el tiempo de mi tratamiento en Meier Clinics y por 90 días después de mi última visita, a menos que yo exprese por escrito mi deseo de cancelarlo.

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN (continuación)**

Doy mi consentimiento a Meier Clinics para contactar a la(s) persona(s) abajo, según sea necesario, con respecto a la información indicada. Este consentimiento permanecerá en efecto durante mi tratamiento en Meier Clinics y por 90 días después de mi última visita, o después de que los servicios hayan sido pagados por completo, a menos que yo exprese por escrito mi deseo de cancelarlo.

Nombre	Relación	Teléfono (Día)	Teléfono (Noche)	OK dejar mensajes	Inf. Financiera	Inf. Médica	Otro (Especifique)
_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	Pastor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**RECONOCIMIENTOS**

Al firmar abajo, yo reconozco lo siguiente:

- Se me ha ofrecido la "Aviso de Pólizas Privadas y Derechos del Cliente".
- Doy mi consentimiento para el tratamiento provisto por Meier Clinics y sus empleados o personas designadas (profesional de la salud). Entiendo que Meier Clinics sirve como un lugar de entrenamiento para profesionales de salud mental y que pudiera ser visto(a) por un médico interno quien me proveerá cuidado bajo la supervisión de un profesional licenciado. Doy mi autorización para los servicios que sean necesarios o recomendados por mis profesionales de la salud para el tratamiento de mis necesidades.
- Autorizo el uso y revelación de mi información personal de salud con el propósito de diagnosticar o proveerme tratamiento, obtener pago por mi cuidado, o para propósitos conducentes a las operaciones de cuidado mental de Meier Clinics. Autorizo a Meier Clinics a liberar cualquier información requerida en el proceso de aplicaciones para cobertura financiera por los servicios rendidos. Esta autorización permitirá que Meier Clinics pueda liberar información clínica objetiva relacionada a mi diagnóstico y tratamiento que sea requerida por mi compañía aseguradora (si aplica) o su agente designado.
- Autorizo y requiero de mi aseguranza (si aplica) el pagar directamente a Meier Clinics la cantidad adeudada por los servicios rendidos al paciente, a mí, u otras personas cubiertas por la antes mencionada aseguranza. Autorizo la liberación de cualquier información médica, de salud mental, o de abuso de sustancias necesaria para procesar las facturas por los servicios rendidos. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto cuando ya se ha tomado alguna acción en base a esta liberación. A menos que sea anulado anteriormente, este consentimiento será anulado y cancelado seis meses después de que el pago final para esta cuenta sea recibido. Este consentimiento está sujeto a las regulaciones de confidencialidad del estado y federal.
- Asumo la responsabilidad total por la cantidad total adeudada por cualquier servicio rendido. Si el proveedor está contratado por mi aseguranza, yo seré responsable sólo por el co-pago, co-aseguranza, deducible, y servicios no cubiertos que sean determinados por mi aseguranza. Si yo no informo a Meier Clinics con tiempo necesario de cualquier cambio en mi aseguranza, entiendo que tuviera que pagar por los servicios en su totalidad si el pago es negado en parte o totalmente por mi aseguranza. Entiendo también que tal vez no pueda hacer citas futuras si mi cuenta es delincente y/o mi cuenta es enviada para colección.
- Entiendo que mis récords son propiedad de Meier Clinics y serán tratados confidencialmente; que Meier Clinics conducirá auditorías rutinarias para asegurar la calidad del mantenimiento de récords; que mis récords no serán entregados sin mi consentimiento escrito o según previsto bajo las leyes del Estado en donde estoy recibiendo tratamiento. Entiendo que si decido que mis récords o notas de tratamiento sean enviados a una tercera persona, tendré que requerirlos por escrito, utilizando la forma de "Autorización para Uso y Revelación de Información Médica Protegida", u otra forma aceptable, con excepción de la información que yo he acordado en liberar a través de este Reconocimiento.
- Entiendo que si necesito cancelar o cambiar una cita, proveeré noticia con un mínimo de un día (24 horas). De otra manera, entiendo que estaré sujeto(a) al cargo total por la visita a la cual no asistí y soy responsable por el pago en su totalidad.
- Entiendo que Meier Clinics no es una facilidad de cuidado 24/7 y que soy responsable de buscar por cuidado médico en la sala de emergencia más cercana o a través de otro proveedor cuando mi profesional de salud de Meier Clinics no esté disponible.
- Certifico que toda la información provista arriba es cierta y correcta.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Garantizador (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián (por favor, imprima): \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI APLICA**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN NIÑO O ADOLESCENTE**

Certifico que soy  el padre,  la madre,  el guardián legal y tengo custodia legal del paciente arriba mencionado. Doy mi autorización y consentimiento para que el paciente reciba evaluación/tratamiento de \_\_\_\_\_.

Entiendo que es la póliza de Meier Clinics que el padre/madre/guardián que traiga al o la paciente es responsable por el pago al momento de recibir los servicios. Soy responsable por el pago del tratamiento del paciente sin importar cualquier arreglo financiero por el pago del cuidado médico del paciente, ya sea oral o por escrito, con la otra persona responsable (otro padre/madre). Entiendo que Meier Clinics no asume ninguna responsabilidad por colectar pagos del otro padre/otra madre o persona responsable con la cual yo pudiera haber hecho arreglos financieros para el cuidado médico del paciente.

Nombre del Padre/Madre/Guardián (por favor, imprima): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

TO BE COMPLETED ONLY BY STAFF Provider: \_\_\_\_\_ Appt: \_\_\_\_\_ Acct. #: \_\_\_\_\_  
 Staff Witness: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_