

PETTIGRU COUNSELING ASSOCIATES, INC.
405 Pettigru Street
Greenville, SC 29601
864-271-3549

Ingreso de Ciente

CLIENTE: _____ SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____
LISTA DIRECCIÓN DE LA CALLE Y DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE

TELÉFONO: CASA: _____ CELULAR: _____

TRABAJO: _____

NO QUIERO RECIBIR LLAMADAS A LA CASA

NO QUIERO RECIBIR LLAMADAS AL TRABAJO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

CONTACO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE CONTACTO: _____

MIEMBROS DEL HOGAR ACTUAL (LISTAR EDAD Y RELACIÓN AL CLIENTE):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

EDUCACIÓN: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17+
(CIRCULA NIVEL DE GRADO MAS ALTO COMPLETADO)

TITULO(S): _____ ESCUELA ACTUAL: _____

EMPLEADOR: _____
NOMBRE Y DIRECCIÓN

OCCUPACION: _____

CÓMO FUE REFERIDO A PETTIGRU COUNSELING? _____

PODEMOS RECONOCER LA REFERENCIA? SI NO

POR FAVOR, DÉ UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE TU SITUACIÓN ACTUAL/MOTIVO PARA SOLICITAR SERVICIO EN NUESTRA PRACTICA PETTIGRU COUNSELING:

SERVICIOS PREVIOS DE SALUD MENTAL: SI NO

(SI CONTESTA SI, POR FAVOR DÉ UNA BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, QUIÉN VIO Y CUÁNDO FUE.)

MÉDICO ACTUAL: _____ FECHA DEL ÚLTIMA EXAMEN FÍSICO _____

Alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO		SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Dolores de cabeza frecuentes	_____	_____	_____	Enfermedad de la vesícula	_____	_____	_____
Convulsiones/	_____	_____	_____	Vómitos/diarreas recurrentes	_____	_____	_____
Pérdida de consciencia	_____	_____	_____	Otros problemas intestinales	_____	_____	_____
Desmayos	_____	_____	_____	Enfermedad del riñon o vejiga	_____	_____	_____
Problemas de vision	_____	_____	_____	Enfermedad de tiroides	_____	_____	_____
Discapacidad auditiva	_____	_____	_____	Diabetes	_____	_____	_____
Artritis	_____	_____	_____	Dependencia de drogas/alcohol	_____	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____	_____	Hepatitis	_____	_____	_____
Presión arterial alta/baja	_____	_____	_____	Gonorrea, Sífilis o SIDA	_____	_____	_____
Dolor de pecho	_____	_____	_____	Exposición a enfermedades infecciosas	_____	_____	_____
Prolapso de la válvula mitral	_____	_____	_____	Exposición a químicos tóxicos	_____	_____	_____
Enfermedades autoinmunes	_____	_____	_____				
Asma/Alergias	_____	_____	_____				

Problemas de salud actuales: _____

Medicamentos actuales: _____

Prescrito por: _____

Alergias a medicamentos: (Nombre del medicamento y tipo de reacción) _____

Operaciones: _____

Hospitalizaciones (Tipo, donde, cuándo): _____

Algunos de su familiares han tenido alguno de estos problemas? (Por favor refiérase a padres, abuelos, hermanos, hermanas y niños)

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO		SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Retraso Mental	_____	_____	_____	Hepatitis	_____	_____	_____
Descapacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	SIDA	_____	_____	_____
Maníaco depresivo	_____	_____	_____	Diabetes	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	Enfermedad de tiroides	_____	_____	_____
Ansiedad	_____	_____	_____	Enfermedad del corazón	_____	_____	_____
Esquizofrenia	_____	_____	_____	Demencia/Alzheimer	_____	_____	_____
Abuso de drogas o alcohol	_____	_____	_____	TDAH/ADHD	_____	_____	_____
Intento de suicidio	_____	_____	_____	Enfermedad del riñon	_____	_____	_____
Suicidio completado	_____	_____	_____	Enfermedad gastrointestinal	_____	_____	_____
Cancer	_____	_____	_____	Epilepsia/ataques	_____	_____	_____
Alergias/Asma	_____	_____	_____	Migraña	_____	_____	_____

Si el cliente es un niño, por favor complete:

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Complicaciones durante el embarazo	_____	_____	_____
Consumo de drogas o alcohol durante el embarazo	_____	_____	_____
Complicaciones durante el parto	_____	_____	_____
Sentar, gatear, y caminar en los momentos correctos	_____	_____	_____
Problemas con el entrenamiento del intestino y la vejiga	_____	_____	_____
Problemas con el habla y el desarrollo del lenguaje	_____	_____	_____
Problemas aprendiendo habilidades sociales	_____	_____	_____
Hay tensión en el hogar	_____	_____	_____

PETTIGRU COUNSELING ASSOCIATES, INC.

Asignación de Seguro y Divulgación de Información Sobre Facturación

Es la política de los profesionales de Pettigru Counseling Associates, Inc. para presentar reclamaciones de seguros sólo con las compañías de seguros de atención / gestionadas que incluyen nuestros terapeutas en sus paneles proveedor. Si desea solicitar el reembolso por su cuenta, el superbill que reciba como recibo puede adjuntarse a un formulario de reclamo completado y enviarse por correo a su oficina de reclamos. **El pago se espera al final de cada sesión.** Las excepciones se negocian específicamente contratos de EAP / cuidado administrado y previo acuerdo para presentar un archivo con su compañía de seguros. Se le cobrará por cualquier cita programada usted no puede mantener a menos que dar 24 horas de aviso de cancelación. El seguro no reembolsará las citas perdidas.

Su firma abajo certifica lo siguiente:

- He leído y entiendo completamente esta política de facturación y acepto realizar el pago en forma total y/o satisfactoria si se me solicita que lo haga según lo especificado anteriormente. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad de deducibles no pagados, todos los cargos y/o copagos, pagados o no por mi compañía de seguros.
- Pettigru Counseling tiene el derecho de referir saldos impagos para su cobro y el paciente será responsable de todos los gastos razonables. Autorizo a Pettigru Counseling Associates a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para asegurar el pago.
- Por la presente, asigno todos los beneficios a los que tengo derecho, incluidos el seguro privado, la compensación a los trabajadores, la compensación a las víctimas, etc. Esta asignación se aplica a todos los cargos hasta que se revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación se ha de considerar como válido que el original. También entiendo que al firmar esto que yo estoy concediendo Pettigru Counseling Associates, Inc., permiso para facturar electrónicamente a mi compañía de seguros.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad determinar: si mi póliza de seguro proporciona beneficios de salud mental; llamar para precertificación; cantidad de deducible, si alguna, y si se ha cumplido; cantidad de copago; y limitaciones de servicios. Si se requiere autorización previa, debo asegurarme de que esté hecho antes de mi sesión.
- Por lo general, se solicita un diagnóstico a la compañía de seguros como condición de pago. Se le informará del diagnóstico antes de que se presenten los reclamos. Cualquier diagnóstico se convertirá parte de sus registros de seguro permanentes.

¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de salud o Medicare? No SI

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha

Carolina del Sur ofrece la oportunidad de cliente para presentar consultas con la Junta de Licencias del profesional respectiva (Psicólogos, Trabajadores sociales con licencia y Consejeros profesionales con licencia):

SC Board of Examiners
PO Box 11329
Columbia SC 29211-1329

He leído el Acuerdo de solicitud y servicios. Entiendo completamente y estoy de acuerdo con sus disposiciones. Acepto específicamente aceptar toda la responsabilidad del pago de mi cuenta. He sido lo suficientemente aconsejado y doy mi consentimiento informando para participar en psicoterapia, tratamiento médico, valoración psicológica, evaluación psicoeducativa, y / o servicios de salud mental relacionados con

Nombre del cliente: _____

Fecha: _____

Firma

Citas Perdidas y Cancelacions Tarde

Por favor tome en cuenta que tu terapeuta dedico una hora especialmente para usted.

No como otros profesionales, como doctores o dentistas, nosotros no hacemos doble citas adonde ponemos dos clients a la misma hora. Tambien no podemos operar con un eschedule que no esta definida. Por eso, una cancelación sin aviso suficiente significa una perdida en una hora de terapia y perdida de sueldo de la terapeuta, como es difícil encontrar otra persona para tomar esa cita con poco aviso.

Por lo tanto, nosotros necesitamos un aviso de 24 horas de una cancelación antes de tu cita. Tenemos un contrato con un servicio que nos contestas las llamadas dia o noche.

Si no nos dan un aviso de 24 horas o te olvidad venir a tu cita, te vamos a cobrar un cargo for perder esa cita reservada. Companias de seguro médicos no cubre multas por citas perdidas. Eso seria tu responsabilidad.

Firma del cliente

Nombre

Fecha