

# FORMULARIO DE INGRESO DE NETCARE ACCESS

Política actual de facturación: No se le facturarán a usted los servicios de salud mental y de alcohol y otras drogas (AOD, Alcohol and Other Drugs) prestados por Netcare ACCESS. Si exigimos que nos proporcione la información de seguro si tiene cobertura, así como una autorización para inscribirlo en su plan de atención de salud conductual residencial del condado. Si queda algún saldo después de que el seguro haya pagado 0 si no tiene seguro, se usarán fondos públicos para cubrir el costo total de los servicios.

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Nombre legal del paciente Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

### Nombre de preferencia

Femenino  Masculino

Identidad de género \_\_\_\_\_ ¿Qué pronombres usa? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Dirección: Calle 2 \_\_\_\_\_

Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Preferencias de comunicación  Correo electrónico  Correo normal  Teléfono de casa  Teléfono del trabajo  Teléfono celular  No desea recibir comunicaciones

Apellido de soltera \_\_\_\_\_

Estado Civil  Casado  Convive como casado  Soltero, nunca se ha casado  Divorciado  Separado  Viudo  No sabe

Idioma preferido  Inglés  Español  Árabe  Somalí  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  No quiere indicarlo

Raza  Nativo de Alaska (M)  Asiática (A)  Birracial  Negra o afroamericana (B)  Nativo americano o indígena americano (N)  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico (P)  Blanca o caucásica (W)  Otra  No quiere indicarlo (U)

Origen étnico  Cubano (C)  Judío  Mexicano o mexicano americano (B)  Puertorriqueño (A)  Otro hispano (O)  
 No es de origen hispano (E)  Somalí  Otro \_\_\_\_\_  No quiere indicarlo

Educación  Grado más alto \_\_\_\_\_ (ingrese un n.º)  GED  Diploma de secundaria  Escuela de oficios o técnica  Universitaria incompleta  
 2 años de universidad o grado de asociado  4 años de universidad o licenciatura  Cursos de estudios superiores  Título de estudios superiores  
 Posgrado  Estudios adicionales de especialización

Fumador  Actualmente fuma todos los días  Actualmente fuma algunos días  Situación actual desconocida  Exfumador  
 Fuma mucho tabaco  Fuma poco tabaco  Nunca ha fumado  Fumador  
 No se sabe si alguna vez fumó

## Persona que acompaña

Nombre de la persona que acompaña \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que acompaña \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Otros datos del paciente

Indicador de personas sin hogar  Vive en un albergue para personas sin hogar  No es una persona sin hogar  Vive en la calle  Vive en un hogar de transición

Condiciones de vivienda  Cuidado de acogida para adultos  Pensionado  Cuidado de acogida para niños  Establecimiento correccional  Residencial para personas en crisis  
 Casa de un amigo  Sin hogar  Hospital  ICF  ICF/MR  
 Establecimiento MR licenciado  Casa de reposo  Otro  Casa propia  Casa de un pariente

- Cuidado de relevo     
  SNF     
  MH estatal     
  MR estatal     
  Apt. supervisado  
 Vivienda compartida supervisada

N.º de personas que vive en el hogar \_\_\_\_\_ Veterano  Sí  No

**Fuente de derivación**

Derivado por \_\_\_\_\_

**Información de contacto en caso de emergencia**

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
 Relación con el contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle (si es distinta a la del paciente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información del padre, madre o tutor**

Nombre del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle (si es distinta a la del paciente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Familiar más cercano**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección: Calle (si es distinta a la del paciente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Otros proveedores**

Ingrese todos los que correspondan. Marque la casilla:

	Agencia	Nombre	Número de teléfono
Centro MH comunitario	_____	_____	(____) _____
Administrador de casos u orientador	_____	_____	(____) _____
Psiquiatra	_____	_____	(____) _____
Proveedor de atención primaria	_____	_____	(____) _____
Médico de atención en el hogar	_____	_____	(____) _____
Franklin County Board of DD	_____	_____	(____) _____
Oficial de libertad condicional	_____	_____	(____) _____

**Información del seguro**

	Primario	Secundario
Nombre del seguro	_____	_____
Dirección	_____	_____
Ciudad, estado, código postal	_____	_____
Nº de ID	_____	_____
Número de grupo	_____	_____
Teléfono	_____	_____

**Información del titular de la póliza (si es distinto al paciente)**

**Primario**

**Secundario**

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente  Cónyuge  Hijo  Otro  Paciente

Cónyuge  Hijo  Otro  Paciente

N. ° del Seguro Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_