

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 O 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 _____