

Documentación Nueva del Cliente

Instrucciones: Por favor llene este paquete de admisión con la mayor precisión posible. Todas las respuestas a las preguntas contenidas en su paquete permanecerán confidenciales. Por favor envíe esto a info@centralbehavior.com o fax a nosotros a 407-329-4180.

Sección I: Información Básica

Nombre del Cliente: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento del Cliente: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Es esta la residencia principal del niño? Sí No

Número de Seguro Social: _____

Número de identificación de Medicaid: _____

Información del Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián: _____

Número: _____ Correo Electrónico: _____

2nd Nombre del Padre/Guardián: _____

2nd Número del Padre: _____ 2nd Padre Correo Electrónico: _____

Sección II: Información Sobre Seguros/Medicaid

Nombre del Proveedor de Seguros _____

Número de identificación de Seguros: _____

Diagnóstico: _____

El nombre del Médico que inicialmente diagnosticó a su hijo: _____

Fecha de Diagnóstico: _____

¿Está el niño cubierto bajo más de una póliza de seguro? Sí No



¿Cómo se enteró de nosotros?

Yo consiento a Behavior Central Solutions, Inc. usando y/o divulgando mi información de salud protegida para el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica solamente.

Nombre

Firma

Fecha

****Por Favor envíenos una copia de la tarjeta de identificación de Medicaid o tarjeta de seguro de su hijo (ambos lados) así como una carta de recomendación por el doctor.**

La carta debe de incluir el nombre completo del niño y la fecha del nacimiento, ser fechada en el último año, y ser firmada por un doctor (no se aceptan firmas electrónicas). Si usted no tiene una carta, usted puede obtener la carta directamente por el doctor y fax a nosotros a 407-329-4180, o mandarlo por correo electrónico a info@centralbehavior.com. Alternativamente, podemos intentar de obtener la carta del doctor del niño, que puede resultar un proceso más largo.