NOMBRE DE EMPRESA

**Cuestionario de información para el paciente**

Apellidos :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro Social : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Dirección : Apt#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Hogar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Elec.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz en su hogar o celular ? ☐ Si ☐ No

Diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código del Diagnóstico (si se sabe):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** **(Por favor, asegúrese de escribir toda la información a continuación) Si su hijo tiene Medicaid, necesitaremos el número de identificación de Medicaid y el número de GOLD CARD.**

Nombre de Aseguradora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.D. de Medicaid:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Gold Card:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del seguro primario (United Healthcare, Cigna, Aetna, etc.) si no tiene cobertura de Medicaid**

 Nombre de Aseguradora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número de Identificación del Miembro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número del Grupo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del Titular de la Póliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del Titular de la Póliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA (Padre o tutor si el paciente es menor de edad)**

Nombre: Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. del Hogar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*\* LEER ATENTAMENTE\*\*\*\***

**Nombre de empresa y nuestro personal NO PUEDEN avanzar en la obtención de autorización para los servicios ABA de su hijo a menos que este formulario y el siguiente formulario estén completos. Después de completar este formulario y el siguiente formulario (Divulgación de información), envíelo a nuestro personal siguiendo la información de contacto que figura a continuación.**

**En el formulario de divulgación de información, asegúrese de escribir el nombre del médico y la información de contacto para que podamos comunicarnos con el médico de su hijo para obtener una prueba de diagnóstico.**

**Por favor envíe por los formularios completados por fax:**

**Si tiene alguna pregunta, llame al**

**Divulgación de Información:**

Nombre de empresa

Dirección:

Oficina:

Fax:

**Nombre del Cliente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esto autoriza la divulgación o la capacidad de obtener información médica protegida relacionada con el cliente arriba mencionado. La información de salud puede relacionarse con mi pasado, presente o futuro físico o condición de salud mental, y la provisión de mi atención médica, o el pago de mis servicios de atención médica.

Esta información puede ser divulgada u obtenida de los siguientes:

**Nombre de agencia/Persona de contacto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O

**Nombre del Doctor y Práctica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono del doctor:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado y Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Método de entrega:**  Correo ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo Electrónico ☐

 Yo autorizo a que se divulgue ☐ TODA (recomendado) la información de salud o solo la siguiente información está autorizada para divulgación.

☐Evaluación Psicológica Educacional ☐ Examen de audición ☐Tarjetas de Reporte / Transcripciones ☐ Historial médico y físico ☐Registro de Vacunación ☐Informe de Neurología

☐Evaluación Psiquiátrica ☐Informe de Comportamiento ☐Informe Especial

☐Evaluación Psicológica ☐Visita para Gestión de Medicamentos ☐ Notas de Progreso

☐Tratamiento Individualizado ☐Revision del Plan de Tratamiento ☐Evaluación Psicosocial ☐Programa de Comportamiento ☐Resumen de Alta ☐Resumen de Progreso ☐Plan de Educación Individual (IEP) ☐ Evaluación del habla / lenguaje ☐ Hoja de información

**Vencimiento:** Esta autorización vence en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha de Vencimiento) Propósito de la divulgación: ☐ A petición del individuo ☐ Evaluación ☐ Coordinación de Tratamiento ☐Determinacion de discapacidad ☐ Otra, por favor especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐Para obtener información del expediente de la Prueba del Estado de Comportamiento

**Informació Adicional:**

• Entiendo que Nombre de empresa no puede garantizar que el destinatario no redivulgara mi información de salud a un tercero. El Beneficiario no puede estar sujeto a las leyes federales gobernando la privacidad de la información de salud.

 • Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Nombre de empresa.

• Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocar autorización para la acciones que ya se tomaron. Además entiendo que debo proporcionar cualquier aviso de revocación por escrito a la oficina de FSBA en la dirección que se indica arriba.

Una copia de este comunicado será válida como el original.

ESTE CONSENTIMIENTO VENCE AL AÑO A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE SEA ESPECIFICADO DE OTRA MANERA.

**Nombre y Firma del Tutor Legal**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_