

Centro de Abuso Sexual (Sexual Assault Center): REGISTRO

(Por favor llene en letra imprenta)

Fecha de hoy ____/____/____

ON DE PACIENTE

Apellido legal del paciente		Primer nombre legal		segundo	Estado civil		Etnicidad		
Nombre Preferido				(Nombre anterior)	Fecha de nacimiento / /		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Género
Dirección de correo electrónico:									
Dirección de calle			Ciudad	Estado	Código postal	Número de seguro social		Teléfono en casa ()	
El paciente es menor de edad¿Si o no¿:		Si el paciente es menor de edad, cual es el nombre del Padre/Guardián legal¿:			Qual es su relacion con el paciente¿:			Teléfono celular ()	
Condado de Residencia		Alguien en su casa trabaja o vive en el condado de Davidson? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						Teléfono en su trabajo ()	
Ocupación		Nombre de su empleador							

¿Este paciente es cubierto por el seguro? ☐ Si ☐ No

Por favor indique su seguro primario

☐ Aetna ☐ BCBS ☐ Cigna ☐ Health Springs ☐ Medicare ☐ TennCare/Medicaid ☐ United Healthcare ☐ Otro _____

Ingreso familiar:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> menos de \$10,890 | <input type="checkbox"/> \$22,351 - \$26,170 | <input type="checkbox"/> \$37,631 - \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001 - \$80,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,891 - \$14,710 | <input type="checkbox"/> \$26,171 - \$29,990 | <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 - \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$14,711 - \$18,530 | <input type="checkbox"/> \$29,991 - \$33,810 | <input type="checkbox"/> \$45,001 - \$50,000 | <input type="checkbox"/> mas de \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$18,531 - \$22,350 | <input type="checkbox"/> \$33,811 - \$37,630 | <input type="checkbox"/> \$50,001 - \$60,000 | |

Número de dependientes en la casa: _____

Si esta llenando este formulario para su hijo/a que escuela atienden?

Nombre	Relación al paciente	Teléfono en casa ()	Teléfono de trabajo ()
--------	----------------------	-------------------------	----------------------------

La información antedicha es verdad al mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al Centro de Abuso Sexual (Sexual Assault Center). Yo también autorizo al Centro de Asalto Sexual (Sexual Assault Center) o la compañía de seguros para dar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Comprendo que soy financieramente responsable por cualquier costo que queda. El co-pago del seguro fue determinado por la información obtenida de la compañía de seguros. Si la cantidad verdadera del co-pago varía de la cantidad mencionada, seré responsable por la diferencia. Comprendo que tengo que hacer este pago el día de cada cita antes que cada sesión empiece, y que será cargado según las reglas de ausentismo por citas perdidas cuando no son canceladas 24 horas en el avance.

X

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

FECHA