

Christian Psychological Center

3950 Central Avenue

Memphis, TN 38111

Teléfono: 901.458.6291, fax 901.323.4848

Favor de enviar esta forma vía fax al 901.323.4848 o email a Intake@cpcmemphis.net

SOLO PARA USO DE OFICINA/FOR OFFICE USE ONLY

Chart#: _____

Appt Date: _____

Appt Time: _____

FORMULARIO INICIAL//FIRST FORM

Fecha (date): _____ Terapeuta solicitado (Therapist Requested): _____

Nombre legal del paciente (Patient Legal name): _____

Referido por (Referral Source): _____

Fecha de nacimiento//DOB (mes/día/año) _____ Edad//Age: _____ Sexo//Sex: _____

Padres (si el paciente es menor que 18): _____
(Parents if patient is under 18)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
(Address) (City) (State) (Zip Code)

Mejor numero para contactarle (Best number to reach you): _____ ¿Permiso para mensaje de voz? (Voicemail) Si No

¿Le gustaría recibir recordatorios de cita con mensajes de texto? (Text reminders) Si No Email: _____

¿Que hora del día es la ideal para su cita (What time of the day is best for an appointment): _____

Problema a tratar (Presenting Problem): _____

Información de Custodia/Legal (si el Cliente es menor que 18 y hay asuntos de custodia) //Legal/Custody Information

Padres divorciados, Padres divorciados, Padre divorciados, Otro
Custodia Compartida madre con custodia padre con custodia Problemas legales _____

¿Quién tiene la custodia física? (Who has physical custody?) _____

¿Quién toma las decisiones médicas? (Who makes medical decisions?) _____

Seguro Médico Primario//Primary Insurance

Nombre de seguro médico (Insurance Co. Name) _____

Salud mental/Numero de teléfono del proveedor para servicios de atención al cliente (Mental Health/Provider Customer Service Phone #) _____

Nombre del titular de la póliza (Policyholder's Name): _____ Fecha de Nacimiento (DOB): _____

Número de identificación (I.D.#) _____ Grupo (group) _____ Empresa (Employer) _____

Dirección del titular de la póliza (Policy Holder's Address): _____

Relación del paciente con el titular de la póliza (Policy Holder's Rel to patient): _____

Si usted tiene un seguro médico secundario, favor de proveer el nombre y número (If you have a secondary insurance, please provide the name and number): _____

***** LA SECCION A CONTINUACION ES SOLO PARA USO DE OFICINA//SECTION BELOW FOR OFFICE USE ONLY*****

Verification

Effective Date of Prim Coverage _____

Per _____ EAP Req? Y or N

M/H Ded _____ Portion Met _____

Co Pay _____ Co Ins _____ Visit Limit _____

Visit Used _____ Out pt pre-cert required? Y or N

Pre-cert Phone # _____

Auth Visit # _____ CPT _____

Dates _____ to _____

Auth # _____

Claim mailing address _____

Per _____ EAP Req? Y or N

M/H Ded _____ Portion Met _____

Co Pay _____ Co Ins _____ Visit Limit _____

Visit Used _____ Out pt pre-cert required? Y or N

Pre-cert Phone # _____

Auth Visit # _____ CPT _____

Dates _____ to _____

Auth # _____

Claim mailing address _____

Effective Date of Secondary Coverage _____