## MId-Valley Behaivoral Health and Psychological Services, PLLC

# REGISTRATION FORM

|  |
| --- |
|  |
| Fecha de Hoy: | PCP: |
| INFORMACION DE PACIENTE |
| Nombre Completo: |  |  | ❑ Sr.❑ Sra. |  | Estado Civil (Marca uno) |
|  | Soltero / Casado / Div / Sep / Budo |
| Este es su nombre legal? | Si no, que es su nombre legal?: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo: |
| ❑ Yes | ❑ No |  |  / / |  | ❑ M | ❑ F |
| Direccion fisico: | Numuro de seguro social.: | Numero De Telefono.: |
|  |  | ( ) |
| P.O. box: | Cuidad: | Estado: | Codigo Postal: |
|  |  |  |  |
| Occupaccion: | Donde Trabaja: | Telefono de Trabajo.: |
|  |  | ( ) |
| A quien le damos las gracias por recomendarle a nuestra oficina : | ❑ Dr. |  | ❑ Insurance Plan | ❑ Hospital |
| ❑ Family | ❑ Friend | ❑ Close to home/work | ❑ Yellow Pages | ❑ Other |  |
| Otra familiar que recibe servicios con nosotros?: |  |
|  |
| INFORMACION DE SU SEGUROS |
| (Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista) |
| Quien es responsable por la cuenta: | Fecha de Nac: | Direccion (si es diferente): | Num. De Telefono.: |
|  |  / / |  | ( ) |
| Este persona es paciente aqui? | ❑ Si  | ❑ No |  |  |
| Ocupaccion: | Donde Trabaja: | Direccion de Trabajo: | Num. De Tel De Trabajo.: |
|  |  |  | ( ) |
| Es incluydo esta persona en el seguro? | ❑ Si | ❑ No |  |
| Marca el Seguro Primario | ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] |
| ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] | ❑ [Insurance] | ❑ Welfare (Please provide coupon) | ❑ Other |  |
| Subscriber’s name: | Subscriber’s S.S. no.: | Birth date: | Group no.: | Policy no.: | Co-payment: |
|  |  |  / / |  |  | $ |
| Patient’s relationship to subscriber: | ❑ Self | ❑ Spouse | ❑ Child | ❑ Other |  |
| Name of secondary insurance (if applicable): | Subscriber’s name: | Group no.: | Policy no.: |
|  |  |  |  |
| Patient’s relationship to subscriber: | ❑ Self | ❑ Spouse | ❑ Child | ❑ Other |  |
|  |
| EN CASO DE EMERjencia |
| Nombre de Amistad or Familiar (no viviendo con usted): | Relacion con el Paciente: | Telefono.: | Celular.: |
|  |  | ( ) | ( ) |
| La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo ​​a mis beneficios del seguro se pagará directamente al médico . Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance . También autorizo ​​a Mid-Valley Behaivoral Servicios Psicológicos Salud y , PLLC o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos . |
|  |  |  |  |  |
|  | Patient/Guardian signature |  | Date |  |