

**Psychological Health-Roanoke-REGISTRO DE PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido(s)  
Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y P.O. Box \_\_\_\_\_  
Ciudad                                      Estado                                      Código Postal

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de Empresa/Patrón del Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Empresa/Patrón \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Esposo/a \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre y Dirección de la Empresa/Patrón \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Empresa/Patrón \_\_\_\_\_

---

¿Tiene Seguro Médico?  
**Sí, favor de presentar una copia al recepcionista en el momento de registrarse.**  
**No, entonces el pago completo debe hacerse el día que se le presta el servicio.**

**INFORMACIÓN REQUERIDA:**  
En caso de emergencia, ¿a quién se le debe notificar? \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Yo autorizo el tratamiento que sea considerado necesario por los profesionales de atención de salud de Psychological Health- Roanoke.

Yo autorizo a Psychological Health-Roanoke a proveer a mi plan de salud cualquier y toda información que consideren necesaria en cuanto a mi cuidado y tratamiento para asegurar el pago a tiempo de todos los cargos por los servicios prestados. Por la presente autorizo el pago de todos los beneficios de seguro a Psychological Health- Roanoke por cualquier y todos los cargos incurridos en conexión con los servicios que se me provean. También autorizo que una copia de esta autorización y asignación sea utilizada en lugar de la original.

Yo entiendo plenamente que yo sigo siendo responsable de pagar a Psychological Health-Roanoke por todos los cargos que no sean pagados ni por mis compañías de seguro y/o empresa/patrón, de acuerdo a la reglamentación de cualquier programa de seguro de salud federal o estatal tales como Medicare o Medicaid, o a otras provisiones contractuales que puedan limitar la responsabilidad del paciente en el pago de costos y servicios médicos. El pago deberá efectuarse dentro de los treinta días luego de haber recibido un estado de cuenta.

En consideración de los servicios prestados y que se prestarán conforme a mi solicitud de servicios médicos de Psychological Health- Roanoke, por medio de la presente renuncio a cualquier derecho a un juicio por jurado si Psychological Health-Roanoke tuviera que presentar una demanda para cobrar mi cuenta.

FORMAS DE PAGO:

Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago:

Efectivo, Cheque Personal y Tarjetas de Crédito.

A los cheques devueltos se les aplica un cargo NSF de \$50,00, y reportamos a la oficina local del Fiscal del Estado los cheques de oficina que no sean pagados dentro de las 2 semanas de haber sido devueltos a nuestra oficina.

El paciente entiende que si los cargos no son pagados nuestra oficina reporta esto a una agencia de cobranzas. En el evento de que su cuenta sea transferida a una agencia de cobranzas, el paciente acuerda a pagar todos los cargos adicionales relacionados a la cobranza de la deuda. Estos cargos incluyen los cargos de la agencia de cobranzas y los cargos de abogado.

Todas las partes interesadas acuerdan que todas las demandas, disputas y otros asuntos de acción deberán presentarse y ser decididos en el Estado de Virginia.

*Usted acuerda que, para nosotros poder darle servicio a nuestra cuenta o para cobrar cualquier cantidad que usted pueda deber, que nosotros podemos contactarlo por teléfono a cualquiera de los números telefónicos asociados con su cuenta, incluyendo números de teléfonos celulares, lo cual puede resultar en cargos para usted. También podemos contactarlo por mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier correo electrónico que usted provea. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados o artificiales y/o el uso de un aparato para discar automáticamente, como sea aplicable. Yo/Nosotros he(mos) leído esta declaración y acordamos que el Prestamista/Acreedor puede contactarme(nos) tal como se describe aquí.*

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA INFORMACIÓN.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha