

*INSTITUTO PSICOSOMÁTICO DE  
SAN ANTONIO*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Primero, segundo y apellido): \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SSN: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Unido/a Otro:

Dirección de su casa: \_\_\_\_\_

Dirección de correo si distinta: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo/a o pariente más cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Si el paciente es un menor:

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro primario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

SSN del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Fecha activa: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

SSN del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE SEGURO:** Por este medio autorizo al(los) proveedor(es) del Instituto Psicosomático de San Antonio a dar información a mi(s) seguro(s) concerniente a los problemas de salud y tratamientos míos o de mi dependiente. \_\_\_\_\_ Iniciales

**(INSURANCE AUTHORIZATION:** I hereby authorize the provider(s) from the Psychosomatic Institute of San Antonio to furnish information to my insurance carrier(s) concerning my or my dependent's illness and treatment. ) \_\_\_\_\_ Initials

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por este medio asigno al (a los) proveedor(es) del Instituto Psicosomático de San Antonio todos los pagos por servicios prestados en relación de la salud mental mía o de mis dependientes. *Comprendo que soy el responsable por cualquier cantidad que mi seguro no cubra.* \_\_\_\_\_ Iniciales

**(ASSIGNMENT OF BENEFITS:** I hereby assign the providers from the Psychosomatic Institute of San Antonio all payments for mental health services rendered to myself or my dependents. *I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.* ) \_\_\_\_\_ Initials

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Entiendo que el pago total por los servicios se debe pagar inmediatamente a menos que otros arreglos sean acordados. El Instituto Psicosomático de San Antonio es responsable de proveerme documentación para que yo consiga reembolso de mi seguro. Entiendo que el co-pago y pagos de deducible con algunas compañías de seguro son aceptables a cambio del pago total en el momento de la visita por los servicios prestados. *Entiendo que si mi seguro no paga por cualquiera de los servicios prestados a mí o mis dependientes, yo soy responsable del pago total.*

**(STATEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY:** I understand payment in full is expected at the time of service for office visits unless other arrangements have been made. The Psychosomatic Institute of San Antonio is responsible for providing documentation for me to submit to my insurance carrier for reimbursement. I understand co-payments and deductible payments for certain insurance companies are accepted in lieu of complete payment at the time of my visit. *I understand if my insurance company fails to pay for any service rendered to my dependents or to me, I am financially responsible for payment.* )

**Notificación de privacidad, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) y Políticas de PSISA**

Admito haber tenido acceso a la notificación de privacidad de la práctica, HIPPA y políticas de PSISA. Entiendo que puedo tener acceso a través del sitio de internet de PSISA o puedo pedir una copia en la recepción. Si tengo preguntas puedo contactar a la administradora, Andrea Hernandez al (210) 541-8455. \_\_\_\_\_ Iniciales.

## INFORMACION FINANCIERA

Yo, \_\_\_\_\_(nombre de la persona responsable), entiendo que las siguientes políticas del Psychosomatic Institute of San Antonio:

- Si yo o el paciente bajo mi responsabilidad estamos cubiertos por uno o más seguros médicos al momento de la visita, tengo la responsabilidad de proporcionar toda la información al Instituto Psicosomático de San Antonio.
- Yo soy responsable de asegurar que mi seguro sepa de mi selección de proveedores
- El Instituto Psicosomático de San Antonio harán todo el esfuerzo de verificar la cobertura de mi seguro. Esta verificación puede tomar hasta 48 horas.
- Yo seré responsable por los cobros que no están cubiertos por el seguro de salud.
- Los deducibles y el co-pago son requeridos **al momento del servicio.**
- Los balances en la cuenta no cancelados en 120 días, pueden ser dados a una compañía de colecciones.

Firma del responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Persona responsable (nombre): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

Historia Médica: Usted ha sufrido o sufre actualmente (marque sí o no):

Enf. de Parkinson	sí no	Epilepsia	sí no	Hiperlipidemia	sí no
Esclerosis Múltiple	sí no	Glaucoma	sí no	Enf. Tiroidea	sí no
Trauma del cráneo	sí no	Cáncer	sí no	Artritis	sí no
Migraña	sí no	Hipertensión	sí no	Fibromialgia	sí no
Derrame cerebral	sí no	Diabetes	sí no	Enf. gástrica	sí no
Enfermedad Renal	sí no	Enf Pulmonar	sí no	Discapitado	sí no

Otro: \_\_\_\_\_

Por favor escriba la información de su médico primario y terapeuta:

\_\_\_\_\_ Desea que compartamos información con su médico(s)? Sí No

Firma autorizando \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

Nombre de otros médicos que le atienden y especialidad: (si necesario continúe atrás):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liste hospitalizaciones previas y/o cirugías:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Historia Psiquiátrica

Tratamientos previos      sí no                      Con otro Psiquiatra              sí no

Actualmente en Terapia      sí no                      Previamente en Terapia              sí no

Hospitalizado anteriormente por condición psiquiátrica                      sí no

Cuántas veces \_\_\_\_\_      Dónde y cuándo fueron la primera y última hospitalización

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombres y parentesco de las personas viviendo con usted actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otros familiares inmediatos que no viven con usted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uso de:

Nicotina actualmente sí no cuanto \_\_\_\_\_ En el pasado sí no Cuándo lo dejo \_\_\_\_\_  
Alcohol actualmente sí no cuanto \_\_\_\_\_ En el pasado sí no Cuándo lo dejo \_\_\_\_\_  
Drogas actualmente sí no cuanto \_\_\_\_\_ En el pasado sí no Cuándo lo dejo \_\_\_\_\_

Problemas legales en el pasado sí no  
Problemas legales actuales sí no

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Problemas en el trabajo o en la escuela: sí no

Afiliación a alguna iglesia sí no

Describa: \_\_\_\_\_

Describa su base espiritual: \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado o en tratamiento por condiciones  
psiquiátricas? sí no Explique \_\_\_\_\_  
Vive su padre sí no Causa de muerte \_\_\_\_\_  
Vive su madre sí no Causa de muerte \_\_\_\_\_  
Viven sus hermanos sí no Causa de muerte \_\_\_\_\_

Alergias y tipo de reacciones a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está teniendo actualmente algún problema de salud. Por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor incluya todos los medicamentos y dosis que toma actualmente. (Use la parte de atrás de esta página si es necesario):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Farmacia que utiliza: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: (nombre de la calle o calles si en esquina) \_\_\_\_\_

Medicinas anteriores (por favor marque si las ha tomado anteriormente. Incluya dosis y tiempo aproximado que las tomo)

Anafranil (clomipramine)  
Brintellix (vortioxetine)  
Celexa (citalopram)  
Cymbalta (duloxetine)  
Desyrel u Oleptro (trazodone)  
Effexor (venlafaxine)  
Elavil (amitriptyline)  
Emsam (selegiline)  
Fetzima (levomilnacipran)  
Lexapro (escitalopram)  
Luvox (fluvoxamine)  
Marplan (isocarboxazid)  
Nardil (phenelzine)  
Norpramin (desipramine)

Lithium carbonate  
Depakote (valproic acid)  
Lamictal (lamotrigine)

Abilify (aripiprazole)  
Clozaril (clozapine)  
Fanapt (iloperidone)  
Geodon (ziprazidone)  
Haldo (haloperidol)  
Invega (paliperidone)  
Latuda (lurasidone)  
Mellaril (thioridazine)  
Navane (thiothixene)  
Orap (pimozide)

Ambien (zolpidem)  
Ativan (lorazepam)  
Buspar (buspirone)  
Dalmane (flurazepam)  
Klonopin (clonazepam)  
Lunesta (Eszopiclone)

Adderall / (XR) (amphetamine mixed)  
Concerta (methylphenidate)  
Daytrana (methylphenidate)9213+90833  
Dexedrine (dextroamphetamine)  
Focalin (dexmethylphenidate)  
Intuniv (Guanfacine)  
Nuvigil (Armodafinil)  
Metadate (methylphenidate)  
Phentermine  
Provigil (modafinil)

Pamelor (nortriptyline)  
Parnate (tranylcypromine)  
Paxil (paroxetine)  
Pristiq (desvenlafaxine)  
Prozac (fluoxetine)  
Remeron (mirtazapine)  
Savella (milnacipram)  
Serzone (nefazodone)  
Sinequan (doxepin)  
Tofranil (imipramine)  
Viibryd (Vilazodone)  
Vivactil (protriptyline)  
Wellbutrin (bupropion)  
Zoloft (sertraline)

Tegretol (carbamazepine)  
Topamax (topiramate)  
Trileptal (oxcarbazepine)

Perphenazine (trilafon)  
Prolixin (fluphenazine)  
Risperdal (risperidone)  
Saphris (asanepine)  
Seroquel (quetiapine)  
Stelazine (trifluoperazine)  
Thorazine (chlorpromazine)  
Triavil (amitriptyline/perphenazine)  
Zyprexa (olanzapine)

Restoril (temazepam)  
Rozerem (ramelteon)  
Sonata (zaleplon)  
Xanax (alprazolam)  
Halcion (triazolam)  
Serax (oxazepam)

Ritalin (methylphenidate)  
Strattera (atomoxetine)  
Vyvanse (lisdexamphetamine)  
Zenedi (dextroamphetamine)  
Pain medications (narcotics)