

Patient's Name: _____ <small>(Last Name) (First Name) (Middle)</small>		Today's Date: MM / DD / YYYY	<b>HBI USE ONLY</b> Account #:
Date of Birth: MM / DD / YYYY	Age: _____	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female _____	SSN: _____
Home Address: _____ <small>(Street No.) (City) (State/Zip)</small>			
Mailing Address: _____ <small>(if different from above) (Street No.) (City) (State/Zip)</small>			
Main Phone: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Landline	Alt. Phone: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Landline
<b>Preferred phone to use</b> for reminders, follow-up, emergencies: <input type="checkbox"/> Main Phone <input type="checkbox"/> Alt. Phone Best time to call: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
Email: _____ <b>Note: Email is not a secured means of communication and may compromise confidentiality. HBI does not allow the exchange of therapeutic information, crisis or urgent communication by email.</b> If it is necessary to receive email from a patient, HBI can first send an encrypted email to the patient, and the patient can reply to the email using HBI's secured email exchange. HBI cannot guarantee the privacy of incoming email sent by patients through any of the free web-based platforms.			
School: _____	Grade Level: _____	Is the child enrolled in an IEP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<sup>1</sup> Parent/Legal Guardian's Name: _____	Relation: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father _____	Phone: ( ) _____	
<sup>2</sup> Parent/Legal Guardian's Name: _____	Relation: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father _____	Phone: ( ) _____	
<b>If applicable, please provide a copy of the divorce decree or court order to establish legal custody of the patient.</b>			
<b>Emergency Contacts (other than a parent)</b>			
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( ) _____	
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( ) _____	
Primary Care Physician: _____		Phone: ( ) _____	
<b>*A signed release of information is required for each person identified above.</b>			
Reason for today's visit and what you hope to accomplish at the end of today's visit:  _____  _____			

**CONSENT FOR TREATMENT**

*In order to coordinate my care and process my insurance claims, I authorize the release of medical information to the patient's, primary care provider and insurance company pursuant to the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. To ensure that I am aware how HBI may use and disclose the patient's medical information to a third-party based on my signed authorization to release protected health information, I have received a copy of the HBI's Initial Patient Guide, Initial Notice of Privacy Practices, Initial Patient's Rights & Responsibilities, and Initial No-Show & Cancellation Policy, and have read the materials presented in this disclosure statement and the accompanying brochure. My initials and signature indicate my informed consent, and agreement with the conditions of treatment.*

*I understand that once therapy begins, I retain the right to withdraw consent to participate in therapy at any time that seems appropriate. I will make every effort to discuss my concerns about progress of therapy with HBI before I terminate in this manner. I know that, if I have any grievance or concerns about my child's treatment or a violation of our privacy rights, I can contact HBI's Compliance Officer at 702-248-8866 ext. 202. I can also send a written complaint to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: _____ <small>(Last Name) (First Name) (Middle)</small>		Fecha: MM / DD / YYYY	<b>HBI USE ONLY</b> Account #:
Fecha de nacimiento: MM / DD / YYYY	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN: _____
Dirección de casa: _____ <small>(Street No.) (City) (State/Zip)</small>			
Dirección de envío: <small>(si es diferente al anterior) (Street No.) (City) (State/Zip)</small>			
Teléfono Principal: ( )		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo	Teléfono secundario: ( ) <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo
<b>Teléfono preferido</b> para recordatorios, seguimiento, emergencias: <input type="checkbox"/> Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Teléfono Secundario			
Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
Email: _____ <b>Nota: El correo electrónico no es un medio seguro de comunicación y puede comprometer la confidencialidad. HBI no permite el intercambio de información terapéutica, crisis o comunicación urgente por correo electrónico. Si es necesario recibir un correo electrónico de una paciente, HBI primero puede enviar un correo electrónico encriptado al paciente y el paciente puede responder al correo electrónico utilizando el intercambio de correo electrónico seguro de HBI. HBI no puede garantizar la privacidad de los correos electrónicos entrantes enviados por los pacientes a través de ninguna de las plataformas web gratuitas.</b>			
Escuela:	Nivel de grado:	¿Está el niño inscrito en una IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<sup>1</sup> Nombre del padre/madre/tutor legal	Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre _____	Teléfono: ( )	
<sup>2</sup> Nombre del padre/madre/tutor legal	Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre _____	Teléfono: ( )	
<b>Si corresponde, proporcione una copia de la sentencia de divorcio o la orden judicial para establecer la custodia legal del paciente.</b>			
<b>Contactos de emergencia</b>			
*Nombre:	Relación:	Teléfono: ( )	
*Nombre:	Relación:	Teléfono: ( )	
Doctor de atención primaria:			Teléfono: ( )
<b>*Se requiere una divulgación de información firmada para cada persona identificada anteriormente.</b>			
Motivo de la visita de hoy y lo que espera lograr al final de la visita de hoy:			

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Con el fin de coordinar la atención del paciente y procesar las reclamaciones de seguros, autorizo la divulgación de información médica al proveedor de atención primaria y a la compañía de seguros del paciente de conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Para garantizar que estoy consciente de cómo HBI puede usar y divulgar la información médica del paciente a un tercero en base a mi autorización firmada para divulgar información médica protegida, he recibido una copia de la     Inicial     Guía del Paciente,     Inicial     el Aviso de Prácticas de Privacidad,     Inicial     los Derechos y Responsabilidades del Paciente y     Inicial     la Política de Cancelación y Ausencias de HBI, y he leído los materiales presentados en esta declaración de divulgación y el folleto adjunto. Mis iniciales y firma indican mi consentimiento informado y acuerdo con las condiciones del tratamiento.

Entiendo que una vez que comience la terapia, retengo el derecho de retirar el consentimiento para participar en la terapia en cualquier momento que parezca apropiado. Haré todo lo posible para discutir mis inquietudes sobre el progreso de la terapia con HBI antes de terminar de esta manera. Sé que, si tengo alguna queja o inquietud sobre el tratamiento de mi hijo o una violación de nuestros derechos de privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Cumplimiento de HBI al 702-248-8866 ext. 202. También puedo enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_