

Patient's Name: _____ <small>(Last Name) (First Name) (Middle)</small>		Today's Date: MM / DD / YYYY	<b>HBI USE ONLY</b>
Date of Birth: MM / DD / YYYY	Age: _____	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female _____	Account #: _____
Home Address: _____ <small>(Street No.) (City) (State/Zip)</small>			SSN: _____
Mailing Address: _____ <small>(if different from above) (Street No.) (City) (State/Zip)</small>			
① Main Phone: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Landline	② Phone: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Landline
Preferred phone to use for reminders, follow-up, emergencies: <input type="checkbox"/> ① Main Phone <input type="checkbox"/> ② 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.			
<b>Emergency Contacts</b>			
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( ) _____	
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( ) _____	
Primary Care Physician: _____		Phone: ( ) _____	
If this is a mandatory referral (EAP), *who should we contact?		Phone: ( ) _____	
<b>*A signed release of information is required for each person identified above.</b>			
Do you have an Advance Directive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please provide a copy to HBI for your treatment record.			
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 my physician, 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 my medical information to a third-party based on my signed authorization to release my 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 treatment or a violation of my 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.*

Patient/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	Años:	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>			
① Teléfono Principal: ( )		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo	② Teléfono secundario: ( )
		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo	
<b>Teléfono preferido</b> para recordatorios, seguimiento, emergencias: <input type="checkbox"/> ① Teléfono Principal <input type="checkbox"/> ② 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>			
<b>Contactos de emergencia</b>			
*Nombre:	Relación:	Teléfono: ( )	
*Nombre:	Relación:	Teléfono: ( )	
Doctor de atención primaria:			Teléfono: ( )
Si se trata de una remisión obligatoria (EAP), *¿a quién debemos contactar?			Teléfono: ( )
<b>*Se requiere una divulgación de información firmada para cada persona identificada anteriormente.</b>			
¿Tiene una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione una copia a HBI para su registro de tratamiento.			
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 mi atención y procesar mis reclamos de seguro, autorizo la divulgación de información médica a mi médico, proveedor de atención primaria y compañía de seguros de conformidad con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996. Para garantizar que Soy consciente de cómo HBI puede usar y divulgar mi información médica a un tercero en base a mi autorización firmada para divulgar mi información médica protegida, he recibido una copia de la     Inicial     Guía del Paciente,     Inicial     Aviso de Prácticas de Privacidad,     Inicial     Derechos y Responsabilidades del Paciente, y     Inicial     Política de No Presentación y Cancelación, 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 mi tratamiento o una violación de mis 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 paciente / tutor: \_\_\_\_\_

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