

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 at Birth: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		SSN: _____
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow/er <input type="checkbox"/> Domestic Partnership <input type="checkbox"/> Never Married				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> NOT Hispanic or Latino		Race: <input type="checkbox"/> Native American or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other		
Home Address: _____ <small>(Street No.) (City) (State/Zip)</small>				
Mailing Address: _____ <small>(if different from above) (Street No.) (City) (State/Zip)</small>				
① Mobile Phone: ( )			② Phone: ( )	
Mobile phone is required if you would like to receive appointment reminders via text. Your mobile phone carrier might charge a fee for text messages. Check <input type="checkbox"/> if you prefer NOT to receive text reminders. Read your copy of HBI's No-Show & Cancellation Policy.				
Email: _____ Note: Email is required if you would like to access HBI's Patient Portal. The Patient Portal is HIPAA compliant and a secured way of communicating with us, requesting an appointment, sending and/or receiving necessary documents, and educational resources. However, HBI does not allow the exchange of therapeutic information, crisis, or urgent communication through the Patient Portal. If you need immediate assistance during a life-threatening situation, you should call 911 or go to the nearest hospital.				
School: _____	Grade Level: _____	Is the child enrolled in an IEP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
1Parent/Legal Guardian's Name: _____	Relation: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> _____	Phone: ( )		
2Parent/Legal Guardian's Name: _____	Relation: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> _____	Phone: ( )		
<i>If applicable, please provide a copy of the divorce decree or court order to establish legal custody of the patient.</i>				
<b>Emergency Contacts (other than a parent)</b>				
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( )		
*Name: _____	Relation: _____	Phone: ( )		
<b>*A signed release of information is required for each person identified above.</b>				
Primary Care Physician: _____				Phone: ( )
Referred by: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> HBI-MRT <input type="checkbox"/> Primary M.D. <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Justice Court <input type="checkbox"/> Other				
Reason for today's visit and what you hope to accomplish at the end of today's visit:  _____  _____				

### CONSENT FOR TREATMENT

*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 Patient Guide initial, Notice of Privacy Practices initial, Patient's Rights & Responsibilities initial, and No-Show & Cancellation Policy initial. I agree that it is my responsibility to read the materials presented in this disclosure statement and the accompanying brochure, and ask my therapist or case manager any questions about the services I receive from HBI. 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. 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, or my insurance plan's member advocate printed on my insurance ID, or the Division of Public and Behavioral Health (DPBH) - 4150 Technology Way, Carson City, NV 89706; Phone: 775-684-4200; FAX: 775-687-7570; Email: dpbh@health.nv.gov.*

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

Nombre del paciente: (Last Name) (First Name) (Middle)			Fecha: MM / DD / YYYY	<b>HBI USE ONLY</b>
Fecha de nacimiento: MM / DD / YYYY			Años:	Account #:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Asociación doméstica		Género al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		SSN: _____
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano o Latino		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		
Dirección de casa: (Street No.) (City) (State/Zip)				
Dirección de envío (si es diferente al anterior) (Street No.) (City) (State/Zip)				
① Teléfono Móvil: ( )			② Teléfono secundario: ( )	
Se requiere un teléfono móvil si desea recibir recordatorios de citas por mensaje de texto. Su operador de telefonía móvil puede cobrar una tarifa por los mensajes de texto. Marque <input type="checkbox"/> si prefiere NO recibir recordatorios por mensaje de texto. Lea su copia de la Política de Cancelación y No Presentación de HBI.				
Email: _____ Nota: Se requiere correo electrónico si desea acceder al Portal del paciente de HBI. El Portal del paciente cumple con HIPAA y es una forma segura de comunicarse con nosotros, solicitar una cita, enviar y/o recibir los documentos necesarios y los recursos educativos. Sin embargo, HBI no permite el intercambio de información terapéutica, crisis o comunicación urgente a través del Portal del Paciente. Si necesita asistencia inmediata durante una situación que amenaza la vida, debe llamar al 911 o ir al hospital más cercano.				
Escuela:		Nivel de grado:		¿Está el niño inscrito en una IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
1 Nombre del padre/madre/tutor legal		Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre		Teléfono: ( )
2 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: ( )
*Se requiere una divulgación de información firmada para cada persona identificada anteriormente.				
Doctor de atención primaria:				Teléfono: ( )
Referido por: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> HBI-MRT <input type="checkbox"/> M.D. Primario <input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Corte de Justicia <input type="checkbox"/> Otro				
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 Guía del Paciente initial, Aviso de Prácticas de Privacidad initial, Derechos y Responsabilidades del Paciente initial, y Política de No Presentación y Cancelación initial. Acepto que es mi responsabilidad leer los materiales presentados en esta declaración de divulgación y el folleto adjunto, y hacerle a mi terapeuta o administrador de casos cualquier pregunta sobre los servicios que recibo de HBI. 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. 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, o el defensor de miembros de mi plan de seguro impreso en mi identificación de seguro, o la División de Salud Pública y del Comportamiento (DPBH) - 4150 Technology Way, Carson City, NV 89706; Teléfono: 775-684-4200; FAX: 775-687-7570; Correo electrónico: dpbh@health.nv.gov.

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

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