



**INFORMACION DE REGISTRO DEL CLIENTE / RENUNCIA AL SEGURO**

Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cuenta # \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección de la calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de negocios (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo (Círculo Uno) Masculino Femenino Estado civil: Casado Viuda Soltero  
(Círculo Uno) Separados Divorciado

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Raza: Negro Hispano Blanco Otro  
(Círculo Uno) Asiático/Isla del Pacífico

**INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN**

Parte responsable (si no es cliente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección de la calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de negocios (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo (Círculo Uno) Masculino Femenino Estado civil: Casado Viuda Soltero  
(Círculo Uno) Separados Divorciado

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Employer Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
(Dirección de la calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

**INFORMACION DE SEGURO:**

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Política: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Información del suscriptor (si no es cliente)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Por la presente autorizo a OCEAN MENTAL HEALTH SERVICES, INC a facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados a mí y/o a mis familiares. También autorizo a la agencia a divulgar toda la información apropiada requerida por dichas empresas para el pago de cualquier reclamo presentado por OCEAN MENTAL HEALTH SERVICES, INC. Soy consciente de que presentar reclamaciones de seguro no es una garantía de pago. Si mi compañía de seguros no realiza el pago de reclamos por servicios prestados por OCEAN MENTAL HEALTH SERVICES, INC., o si los servicios son denegados por cualquier razón, entiendo que seré responsable de mi tarifa asignada.

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del cliente, padre o tutor Fecha

## PACIENTE SALUD CUESTIONARIO (PHQ-9) PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas?  
(Usar "✓" para indicar su respuesta)

	De nada	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal por ti mismo, o que eres un fracaso o te has defraudado a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían se han dado cuenta. O lo contrario: ser tan inquieto o inquieto que usted ha estado moviéndose mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto, o de lastimarse a sí mismo	0	1	2	3
	añadir columnas		+	+

**(Profesional sanitario: Para la interpretación de TOTAL, por favor refiérase a la tarjeta de puntuación que lo acompaña.)**

**TOTAL**

10. Si has comprobado algún problema, ¿cuán difíciles han hecho que estos problemas te hagan hacer tu trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

No es difícil en absoluto \_\_\_\_\_  
Algo difícil \_\_\_\_\_  
Muy difícil \_\_\_\_\_  
Extremadamente difícil \_\_\_\_\_

# Bright Harbor Healthcare

## Reconocimiento y recibo del folleto de bienvenida

### Acknowledgement & Receipt of Welcome Booklet

He recibido el Folleto de Bienvenida de Bright Harbor Healthcare y entiendo que es mi responsabilidad de leer, entender y cumplir con las políticas e información contenidas en este folleto y cualquier revisión a él.

En este folleto se incluyen los siguientes elementos:

- Misión y visión de Bright Harbor
- Información del Centro de Acceso
- Servicios de Emergencia Psiquiátrica
- Servicios ambulatorios
- Número de contacto fuera del horario laboral
- Servicios y Programas de Cuidado Parcial para Adultos
- Qué esperar durante su primera visita
- Costo de los servicios
- Información de facturación
- Preguntas frecuentes sobre la facturación
- Responsabilidad del Cliente
- Política de cancelación
- Inclemencias del tiempo
- Confidencialidad de los Registros del Cliente
- Derechos de los clientes adultos
- Derechos de los clientes de niños y adolescents
- Procedimientos de Quejas
- Historia de Bright Harbor Healthcare
- Ubicaciones de Bright Harbor.

---

Firma del cliente

---

Nombre del cliente

---

Fecha

---

Testigo: Empleado de BHH