

Formulario de verificación de seguro

Información del cliente

Nombre y apellidos *

Nombre Apellido

Fecha de nacimiento *

Mes Día Año

Género *

Fecha del diagnóstico de autismo *

Mes Día Año

Médico que diagnosticó *

Diagnóstico adicional

Información de los padres/tutores

Nombre y apellidos *

Nombre Apellido

Dirección *

Dirección Línea 2

Ciudad

Estado / Provincia

Código Postal

Número de teléfono *

Email *

example@example.com

Método preferido de comunicación

- Correo electrónico telefónico
- Texto (compatible con HIPPA: se requiere descarga gratuita de la aplicación)

Mejor momento para contactar

- Mañana (8a-12p)
- Temprano en la tarde
- (12p-3p) Tarde (3p-5p)

¿Ha programado o completado una consulta inicial con nosotros? *

- Sí
- No, pero hablé con un representante de TPTS y estoy listo para comenzar.
- No, me gustaría programar una consulta inicial.

¿Cómo se enteró de nosotros? *

- Búsqueda en Internet
- Un compañero padre
- Evento de recursos
- Otro proveedor de ABA/terapia

Información del seguro

Compañía de seguros primaria /plan *

Número de teléfono (como aparece en el reverso de su tarjeta de seguro) *

Nombre del suscriptor de la póliza (si es diferente del anterior)

Fecha de nacimiento del suscriptor de la póliza *

Mes Día Año

Nombre Apellido

Relación del suscriptor de la póliza con el cliente (si es diferente de la anterior) *

ID de suscriptor de la póliza *

Grupo # *

Autorización para la Liberación de información médica *

Autorizo la divulgación de la información anterior de **Turning Point Therapy Services** para verificar mis beneficios para la terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA).

Firma:

Fecha

Mes Día Año

