



PATIENT ID: \_\_\_\_\_

STRIDE EMPLOYEE

## ADMISSION

## INFORMATION

### Patient Information/Informacion del Paciente:

Last Name/APELLIDO		First Name/NOMBRE	
Address/DIRECCION:			Apt. #
City/CUIDAD	State/ESTADO	Zip Code/CODIGO POSTAL	
Primary Telephone/TELEFONO PRINCIPAL	EMAIL/CORREO ELECTRONICO	<input type="checkbox"/> Text/TEXTO <input type="checkbox"/> Call/LLAMADA	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Social Security/Numero de Seguro	<input type="checkbox"/> Male/MASCULINO <input type="checkbox"/> Female/FEMENINO	
Employer/EMPLEADO	Employer Address/Empleado DIRECCION	Telephone/TELEFONO	
Monthly Income/Ingreso por mes: _____	Family size/Tamaño de la familia: _____		
<b>RACE INFORMATION:</b> " Asian " American Indian/Native American " Alaskan Native " Black/African American " Native Hawaiian " Pacific Islander " White/Caucasian " More than one race " Not Reported <b>ETHNICITY:</b> " Hispanic/Latino " Not Hispanic/Latino " Not Reported			

### Guarantor Information/Informacion del Padre o Tutor

Last Name/APELLIDO		First/ NOMBRE	Initials
Address/ DIRECCION			Apt. #
City/CUIDAD	State/ESTADO	Zip Code/ CODIGO POSTAL	
Telephone/ TELEFONO	EMAIL/CORREO ELECTRONICO	<input type="checkbox"/> Text/TEXTO <input type="checkbox"/> Call/LLAMADA	
Date of Birth/Fecha de Nacimiento	Social Security/ Numero de Seguro	<input type="checkbox"/> Male/MASCULINO <input type="checkbox"/> Female/FEMENINO	
Relationship to patient/ Relacion con el Pacient			

### INSURANCE INFORMATION/Informacion de Seguro

Insurance Name/NOMBRE DEL SEGURO	Policy # / Numero del Seguro
Billing Address, City, State, Zip/DIRECCION, CUIDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	
Policy Holder Name/NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO	Group Number/ Numero del Grupo
Secondary Insurance/Seguro Secundaxil	Policy Number/ Numero del Seguro

Check the box below if applies /Marque la casilla a continuación si corresponde

I DECLARE THAT I DO NOT HAVE HEALTH INSURANCE/DECLARE QUE NO TENGO SEGURO DE SALUD

## STRIDE CONSENTS AND ACKNOWLEDGEMENTS

### *Consentimientos Y Acuses de Recibo De STRIDE*

#### **Insurance payment authorization & release**

I hereby authorize my insurance benefits to be paid directly to the above STRIDE clinic and acknowledge that I am financially responsible for unpaid balance. I also authorize STRIDE to release any information to the insurance company.

#### ***Autorizacion Para Pago Al Seguro y Para Compartir Informacion Con El Mismo***

*Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a la clinica de STRIDE mencionada anteriormente y reconozco que soy responsable por la parte que no cubre el seguro. Tambien autorizo a STRIDE que comparta informacion con la compania de seguros.*

#### **Consent Clinical Diagnosis and Treatment:**

I do hereby give consent to diagnostic, treatment, and counselling services from the clinical staff of the STRIDE clinics (Medical and Behavioral). I understand that there are certain hazards and risks connected with all forms of treatment and my consent is given with this knowledge.

#### ***Conentimiento para diagnostico clinico y tratamiento***

*Por la presente doy mi consentimiento al personal clínico de las clínicas STRIDE para que me examinen, traten y aconsejen (Medico y Consejo). Entiendo y consiento que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento.*

#### **I hereby acknowledge was told to review the Notice of Privacy Practices and Patient Bill of Rights and Responsibilities on the STRIDE public website:**

*Por la presente reconozco que me dijeron que revisara el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Declaración de Derechos y Responsabilidades del Paciente en la pagina de internet de STRIDE:*

- Minors Acknowledgement:** I am 15 years old or older, living apart from my parent(s) and manage my own money (pay my own rent and food bills) OR I am legally married.
- Reconocimiento de Menores-**Tengo 15 anos de edad o mas, vivo seperado de mis padres y administro mi propio dinero (pago mis propias fracturas de renta y comida) o soy legalmente casado

Patient Signature/ <i>Firma del Paciente</i>	
STRIDE Staff Signature	Date/ <i>Fecha</i>

#### **❖ Consent to Authorize the Following People to Pick Up Protected Health Information:**

**❖ *Consentimiento para Autorizar a personas que obtenga infomacion de salud protegida***

Name/ <i>Nombre</i>	Relationship to Patient/ <i>Relacion</i>
---------------------	--