

SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LÍNEA _____ TELÉFONO MÓVIL _____

E-MAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____

COBERTURA DE SALUD _____ TELÉFONO _____

NÚMERO DE SOCIO _____ GRUPO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____

RELACIÓN _____

TELÉFONO DE LÍNEA _____ TELÉFONO MÓVIL _____

MÉDICO _____ TELÉFONO _____

TERAPEUTA _____ TELÉFONO _____

¿CÓMO NOS ENCONTRASTE? _____

Estoy solicitando la admisión a Oliver-Pyatt Centers. Entiendo que la admisión está sujeta a la recepción y revisión de mi Declaración de Recuperación, Cuestionario de Admisión y Evaluación Médica. Todo esto será revisado por los miembros del equipo clínico de Oliver-Pyatt Centers.

Para asegurar mi lugar en la lista de espera se necesita un depósito no reembolsable de US\$2500. El depósito será usado para el costo del tratamiento. Si por cualquier razón se determina que mis necesidades médicas o psicológicas impiden que me acepten en Oliver-Pyatt Centers, el depósito me será devuelto.

Por favor envía por fax este formulario al 305-667-4408, y tu cheque (pagadero a "Oliver-Pyatt Centers") a la siguiente dirección: Oliver-Pyatt Centers | Attn: Admissions | 6150 SW 76th Street | South Miami, FL 33143

FIRMA DE LA PACIENTE _____ FECHA _____

NOMBRE DEL GARANTE FINANCIERO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LÍNEA _____ TELÉFONO MÓVIL _____

FIRMA DEL GARANTE _____ FECHA _____