|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parent (1) Last Name: | First Name | M.I.: | Birth Date: | | Social Security #: | |
| Preferred Contact by:      Home Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Cell Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Home Address (*if different from patient’s*): | | City: | | State | | ZIP: |
| Employer: | | Occupation: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Company Name | | Subscriber Name: |
| Subscriber ID Number: | Group Name: | Group Policy Number: |

**PATIENT REGISTRATION FORM**

**PATIENT INFORMATION**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient’s Last Name: | First Name: | M.I.: | Nickname: | | |
| Birth Date: | Age: | Male Female | Social Security #: | | |
| Home Address: | | City: | | State | ZIP: |
| Preferred Contact by:      Home Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Cell Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Employer: | | Occupation: | | | |
| School: | | Grade Currently Attending: | | | |
| Physician: | | Physician Phone: | | | |

**IF PATIENT IS A MINOR (UNDER 18 YEARS OF AGE)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parent (2) Last Name: | First Name | M.I.: | Birth Date: | | Social Security #: | |
| Preferred Contact by:      Home Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Cell Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Work Phone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Home Address (*if different from patient’s*): | | City: | | State | | ZIP: |
| Employer: | | Occupation: | | | | |

**EMERGENCY CONTACT**

**I give my consent to Woodview providers and/or staff to contact the following person in the event of an emergency:**

Emergency Contact Name: Relationship: Phone Number:

**INSURANCE**

Page**1** of**2**

**Your signature below indicates you have read and agree to the following:**

**CONSENT TO TREAT/AGREEMENT TO POLICIES**

I  have  received  a  copy  of  and  agree  to  “*Woodview  Psychology  Group’s  Policy  Agreement*”  and  hereby  request  and

authorize  Woodview  Psychology  Group,  LLC  (hereafter  referred  to  as  “WPG”)  and  its  respective  personnel  to  provide

mental  health  services/treatment  to  me  or  my  dependent  (if  patient  is  a  minor). I  understand  that  mental  health

services/treatment may include psychological assessment and/or psychotherapy. I am agreeing only to those services that

WPG is qualified to provide within the scope of the provider’(s) license, certification, and training or the scope of those

provider(s)  directly  supervising  the  services  received  by  me.   I  also  understand  that,  at  any  time,  I  can  terminate  this

consent for treatment by putting such request in writing.

**FINANCIAL AGREEMENT**

I understand that I am responsible for all charges for services provided by WPG.  I will pay in full, at the time of service, for

all services rendered on my behalf or my dependent’s behalf. WPG will provide a Billing Statement that I can file with my

insurance provider for reimbursement.

If my mental health insurance coverage is through Sagamore Health Network, I will pay the co-pay at the time of service

and WPG will submit a claim to Sagamore.  I agree to provide accurate and updated healthcare/insurance information to

WPG and hereby give consent to WPG to release any required information to my healthcare insurance to assist in the

processing of claims, including protected healthcare information in accordance with the Health Insurance Portability and

Accountability Act (HIPAA).   I also acknowledge and understand that I am responsible for any charges not covered by my

health insurance.

**NOTICE OF PRIVACY POLICIES**

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of the “Notice of Privacy Policies” and understand the information

included in this document.  I am aware that a copy of this notice will be given to me when I ask for a copy.

**AUTHORIZATIONS FOR COMMUNICATION WITH WPG**

For each of the following, please indicate your preference by initialing the appropriate statement:

Telephone Messages

I authorize that telephone messages regarding my appointment times may be left on my  (please initial beside “*Yes”* or

“*No”* for each item):

Home answering machine/voicemail \_\_\_\_\_Yes \_\_\_\_\_No

Work voicemail \_\_\_\_\_Yes \_\_\_\_\_No

Cell phone voicemail \_\_\_\_\_Yes \_\_\_\_\_No

Email Communications

\_\_\_*I do not consent to sending and/or receiving email communications to/from WPG.*

\_\_\_ I consent  to  sending and/or  receiving from email communications as part of treatment.   I understand  the  risks of

sending PHI through email, and with this agreement I am accepting these risks.  I understand that I can terminate this

agreement at any time by informing WPG in writing.  Email address (*print*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Text Messages

\_\_\_*I do not consent to sending and/or receiving text messages to/from WPG.*

\_\_\_ I consent to receive text messages to the mobile telephone below from WPG.  I will advise the practice if I change my

mobile  number  and  understand  that  a  new  consent  form  is  required.  I  understand  that  I  can  terminate  this

agreement at any time by informing WPG in writing.  By consenting to text messaging, I believe that the benefits for

my healthcare outweigh the security risks.  Mobile Number to receive text messages: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teleconference/Skype

\_\_\_*I do not consent to the use of teleconferencing/video communications.*

\_\_\_ I consent to the use of teleconferencing/video communications (telephone and/or Skype) as part of my treatment.   I

understand  WPG’s  policies  for  using  teleconference  communications  and  agree  to  those  policies. If  using  Skype,

please provide your Skype address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relationship to Patient:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page**2** of**2**