



FORMULARIO DE INFORMACION DEL CLIENTE

(Por favor escriba)

| | | | |
|--|---|--|---|
| Fecha de hoy: | | Terapeuta: | |
| INFORMACION DEL/LOS CLIENTE/S | | | |
| ¿A cuántas personas verá el terapeuta hoy? _____ | | <i>Por favor rellene la siguiente información para cada persona.</i> | |
| Paciente1: | Apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Estado marital (escoja uno) | Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo | Edad: | Fecha de nacimiento |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: Código postal: |
| Número de teléfono preferido: () | | Marque aquí si le pueden dejar un mensaje: ___ | |
| Dirección de correo electrónico: | | Marque aquí si le pueden enviar un email: ___ | |
| Ocupación: | | Empresa: | |
| Paciente2: | Apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Estado marital (escoja uno) | Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo | Edad: | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: Código postal: |
| Número de teléfono preferido: () | | Marque aquí si le pueden dejar un mensaje: ___ | |
| Dirección de correo electrónico: | | Marque aquí si le pueden enviar un email: ___ | |
| Ocupación: | | Empresa: | |
| INFORMACION ADICIONAL | | | |
| ¿Cómo escuchó de nosotros? | | | |
| Si el referente es un médico: Nombre: | | Número de teléfono. : () | Permiso para ponerse en contacto <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Persona responsable por el pago de los servicios: | | Número de teléfono: () | |
| Dirección de la persona responsable por el pago (si no es él mismo) | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA | | | |
| Nombre de un amigo cercano o un pariente (que no viva en la misma dirección) | Relación con el paciente: | Teléfono de casa: () | Teléfono celular: () |
| Médico de atención primaria: | Número de teléfono: () | Fax: () | |
| INFORMACION ACERCA DE LAS TARIFAS Y LOS SEGUROS – REQUERIDOS PARA RESERVAR UNA CITA INICIAL | | | |
| Conforme a mi memoria, afirmo que la información anterior es verídica. Entiendo que soy financieramente responsable ante cualquier balance. Acepto que mi proveedor está fuera de la red de cobertura y debo pagar mis honorarios en su totalidad, mediante efectivo o tarjetas de crédito. En gentileza, se me entregarán los datos necesarios, por medio de mi terapeuta, para que pueda presentarlos en mi compañía de seguros para el reembolso de estos gastos. Al proporcionar información acerca de mi tarjeta de crédito más abajo, doy la autorización para que se me cargue el pago de la/s sesión/nes en el momento del servicio. | | | |
| Número de tarjeta de crédito: | | Cheque: | CV: |
| Dirección de facturación: | | | Código postal: |
| Firma (padre/madre o tutor a cargo si es menor de 18 años) | | | Fecha: |
| Nota: Se le cargará ante cualquier sesión o sesiones que no sean canceladas con 24 horas de anticipación. | | | |
| <i>(Éste es un historial clínico del paciente el cual es estrictamente confidencial.)</i> | | | |