

FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL CLIENTE

Nombre(s): _____

Dirección: _____

(Calle)

(Apto.)

(Condado)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Número de licencia de conducir: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de seguro social: XXX-XX-_____

Por favor, marque la casilla junto al número donde mejor podamos comunicarnos con usted:

Teléfono de casa: (____) ____ - ____ Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____

Teléfono celular: (____) ____ - ____ Otros:(____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

Persona responsable (Si aplica)

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ / _____

Casa

Celular

Licencia de conducir #: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Empleador: _____ ¿Puedo llamar allí? Sí / No

Empresa

Teléfono

Persona a contactar en caso de emergencia: _____

Nombre/Relación

Teléfono

Política de la oficina

Todos los pagos deben realizarse al momento del servicio. Si, por cualquier motivo, el pago no se realiza al momento del servicio, el cliente tendrá cinco (5) días hábiles para realizar el pago total a menos que se hagan otros arreglos.

Entiendo que el pago adeudado se basa en la mejor estimación del Centro de Consejería I-BOS. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el plan de seguro. Si la deuda no se paga, se enviará a cobranzas.

INICIALES _____

Los cheques devueltos requieren un cargo de \$25.00 por cheque además del pago de Honorarios acumulados.

INICIALES _____

SE DEBE COMUNICAR CON ESTA OFICINA AL MENOS **24 HORAS** ANTES DE CITAS PARA EVITAR COBRO POR CITAS PERDIDAS.

INICIALES _____

LISTADO DE TARIFAS

Psicoterapia individual, terapia de conferencia con Padres/Familia:

20 minutos.....\$65.00
1 hora (50 min.) si no se recibe el pago al momento del servicio . \$135.00
1 hora (50 min.) si se recibe el pago al momento del servicio \$135.00

CITAS PERDIDAS..... \$135.00

Llamadas telefónicas breves..... Sin cargo

Consulta telefónica (más de 15 minutos)Basado en la tarifa por hora

Correspondencia saliente sobre evaluación o tratamiento de un cliente.

1/2 página o menosSin cargo

Resúmenes exhaustivos, evaluaciones, cartas o informes.....\$135.00 por hora

Observaciones en el lugar, dotación de personal, conferencias de seguimiento, audiencias judiciales

(incluye tiempo de viaje).....\$135.00 por hora

INICIALES _____

Ocupación/Escuela: _____ # de años _____

Educación: Nivel más alto completado: _____ Algún título: _____

Especialización _____

Estado civil (encierra en un círculo): SOLTERO CASADO EN PAREJA SEPARADO
DIVORCIADO VIUDA COHABITANDO OTRO: _____

Si alguna ha estado casada(o), ¿cuántas veces? _____

Si alguna se ha divorciado, ¿cuántas veces? _____

Lugar donde vives (encierra en un círculo): CASA APARTAMENTO CONDOMINIO
HABITACIÓN HOTEL OTRO: _____

Médico de familia: _____

Nombre

Teléfono

Medicamentos que toma actualmente: _____

Condiciones médicas: _____

¿Cómo podemos ayudarle?

¿Tiene usted Medicare? _____ Sí _____ No

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a este terapeuta a evaluar y brindar un servicio de asesoramiento adecuado para mí / mi hijo(a). Este consentimiento se otorga de manera consciente y libre. Además, comprendo que TODA LA INFORMACIÓN proporcionada por mí/ mi hijo(a) o cualquier miembro de mi familia al terapeuta es CONFIDENCIAL y NO será divulgada excepto con el permiso ESCRITO del cliente o según lo disponga la ley.

Entiendo las políticas de la oficina establecidas anteriormente y acepto la total responsabilidad del pago de los servicios prestados.

Terapeuta

Cliente (o Padre, si cliente es menor de edad)

Fecha

CLIENTE REFERIDO POR: _____

Para uso de la oficina únicamente

- Se han ejecutado los beneficios
- Formulario copiado para IBOS
- Número de cliente recibido