

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino Raza/Origen Étnico: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estado: marcar todas las que apliquen:  Menor de Edad  Soltero  Casado  Divorciado  Estudiante  Empleado

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe el correo (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono #1: \_\_\_\_\_ #2: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Si es menor de 18: Nombre del Representante Legal/Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia/Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto en caso de emergencia #: \_\_\_\_\_

Psiquiatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Forma de Pago: Favor de marcar una caja y completar la información requerida.

<input type="checkbox"/> Aseguranza	Nombre de la aseguranza:	Numero de Póliza #	Cantidad de la cuota:
<input type="checkbox"/> Medicaid	Numero de Medicaid (tarjeta azul):	Tipo de Medicaid: ID de Centennial Healthcare	
<input type="checkbox"/> Cuota Privada	Aceptamos Efectivo, Cheques y Tarjetas de Crédito (Visa, MasterCard y Discover) Cuotas: \$65 Primera Consulta de Admisión / \$55 Visita Regular / Precios por servicios especiales varían		
<input type="checkbox"/> Otro: Explicar:			

Información del asegurado principal **(Solamente si es diferente a lo anterior):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Lugar de trabajo de la persona asegurada o nombre de la escuela:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Relación del asegurado principal con el cliente:

Cónyuge  Hijo Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal