

Karen P. Williams, PhD Información Del Cliente

| | | |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| Nombre del Cliente | Domicilio | Teléfono |
| Primer: | Calle: | Día () |
| Apellido: | Ciudad, Código: | Tarde () |
| Grupo étnico: | Sueldo Anual: | Lenguaje: |

| | | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Fecha de Nacimiento | Relación Matrimonial/ Soltero | # de Años en Relación | Nivel Escolar | Trabajo/Ocupación |
| | | | | |

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|--|---------------------------|
| Seguro Social # | Licencia de Chofer # | Nombre del Empleo, Domicilio y Teléfono | Podría llamarle al |
| | | Calle: | ¿Hogar? Yes |
| | | Ciudad, Código: | ¿Trabajo? Yes |

| | |
|--|---------------------------|
| ¿A quién llamo en caso de emergencia? | ¿Quién lo refirió? |
| Nombre: | |
| Domicilio: | |
| Teléfono: () | Relación: |

| | |
|--|--------------------------------------|
| Historia Medica Corta | |
| ¿Tiene alergia a cualquier droga/alimento? Favor de nombrar: | No Tengo que yo sepa |
| Nombre problemas médicas que requieren atención: | |
| ¿Está recibiendo tratamiento por una condición física o condición de salud mental? ¿Con quién? ¿Para? | |
| ¿Doctor Familiar/General o Principal? | ¿Cuándo fue su última visita? |
| Nombre: | Propósito: |
| Domicilio: | Teléfono: |

Información de Seguridad

| | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------|
| Seguranza Primaria: | ID# | Grupo# |
| Domicilio: | Ciudad, Estado, Código: | |
| Nombre del Asegurado: | Nombre de Empleo: | |
| Seguro Social # | Fecha de Nacimiento: | |
| Seguranza Secundaria: | ID# | Grupo# |
| Domicilio: | Ciudad, Estado, Código: | |
| Nombre Del Asegurado: | Nombre de Empleo: | |
| Seguro Social # | Fecha de Nacimiento: | |

Yo autorizo el tratamiento para la salud mental para el cliente cuyo nombre esta arriba, y estoy de acuerdo de pagar todas las cuentas que la seguranza no cubre. Estoy de acuerdo que se puede utilizar la informacion arriba para mandar las facturas a mi compania de seguranza.

Firma y fecha