



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

(Por favor escriba claramente)

Nombre: _____
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY) Edad

Los nombres de los otros dentro de la familia que también pueden participar en la terapia familiar (Confirmando que soy el tutor legal de cualquier persona menor de 18 años que va a participar en los servicios de terapia, o que tengo y puedo presentar pruebas de consentimiento del tutor legal):

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Deseo ser contactado de la siguiente manera (inicial todo lo que se aplican):

____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono de la célula: _____
____ Se puede dejar un mensaje con información detallada _____ Se puede dejar un mensaje con información detallada
____ Se puede ponerse en contacto o para responder a través de mensaje de texto _____ Se puede ponerse en contacto o para responder a través de mensaje de texto
____ Dejar un mensaje con un solo número de devolución de llamada _____ Dejar un mensaje con un solo número de devolución de llamada.

____ Se puede contactar a través de correo electrónico. Si es así, pone su dirección de correo electrónico: _____

Doy permiso legal para contactar a las siguientes personas al siguiente número de teléfono (s) para hablar de mi tratamiento en relación con lo siguiente (inicial todo lo que se aplican): _____ Todos los aspectos del tratamiento, _____ Participación, _____ Información financiera sólo, _____ Asistencia sólo, _____ Asistencia y financiera sólo

Nombre de la persona de contacto: _____ Relación: _____ Número de Teléfono _____

Nombre de la persona de contacto: _____ Relación: _____ Número de Teléfono _____

Firma de Persona Responsable: _____ Fecha: _____ Fecha de vencimiento: _____

Esta permiso de compartir información esta valida para un año máximo y puede ser revocado en cualquier momento por la firma. Ya no consento divulgar información a las personas arriba (firma) _____

Fecha: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA (por favor llene si no es el cliente principal)

Nombre: _____
Apellido Nombre Relación

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____
Casa Trabajo Celular

Acepto toda la responsabilidad de todos los honorarios debidos a los servicios profesionales. Me doy cuenta de que cualquier facturación a terceros es por cortesía hacia mí y no transfiere ninguna responsabilidad financiera por los servicios pagados. Entiendo que se requiere 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar una cita, y que si no se le da 24 horas de antelación, soy responsable de pagar un cargo por cancelación de \$ 50.00.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

