

Bluffton Okatie Counseling Center

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Cliente: _____

Genero: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Estado Civil: _____

Empleador: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono Móvil: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Está bien dejar correo de voz en el teléfono celular Sí No

Está bien mandar mensaje de texto al teléfono celular Sí No

Está bien mandar recordatorios de citas por mensaje de texto Sí No

Información de Contacto en caso de Emergencia

Persona a quien contactar en caso de emergencia: _____

Número de Teléfono: _____

Relación con el Cliente: _____

Información de Seguro:

Compañía de

Seguros: _____

Número de Identificación: _____

Número de Póliza: _____ Número de

Grupo: _____

Información Personal del Titular:

Nombre del Titular del Seguro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____

Relación con el Cliente: _____

Información del Seguro Secundario (Si Corresponde):

Compañía de Seguros: _____

Número de Identificación: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Información del Titular de la Póliza de Seguro Secundario

Nombre del Titular del Seguro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____

Relación con el Cliente: _____

Autorizo a Bluffton Okatie Counseling Center, LLC a facturar a mi compañía de seguros y asigno todos los beneficios del seguro u otra cobertura de terceros a Bluffton Okatie Counseling Center, LLC. Además, entiendo que al firmar este formulario, reconozco que si mi compañía de seguros o HMO / PPO no cubre ciertos servicios, yo los pagaré en su

totalidad. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados por Bluffton Okatie Counseling Center, LLC. Una fotocopia de esta autorización puede ser honrada.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Relación con el Cliente:

Yo

Otro: _____

Firma del Pagador (si el cliente no es responsable de la factura):

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el Cliente:

Yo

Otro: _____