

C² Counseling
Formulario de Información del Cliente

Fecha: _____

Por favor llene, circule, o cheque la información correspondiente.

Nombre: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a) Sexo: Masculino / Femenino / Otro

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ (casa/celular) _____ (trabajo/otro)

¿Podemos dejar mensaje? Yes No ¿Podemos dejar mensaje? Yes No

Correo Electrónico: _____ ¿Podemos mandarle correos electrónicos? Yes No

Numero de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Empleador/Escuela: _____

Horario de Empleo/Escuela: Tiempo completo/Medio tiempo

Dirección: _____ Numero de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Numero de teléfono: _____

****Si el cliente es un menor de edad****

Su relación con el niño (a): _____ Padres de custodia: _____

Dirección y Número de teléfono: _____

Nombre de su pareja: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo: Masculino / Femenino / Otro

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Empleador: _____

Horario de Empleo/Escuela: Tiempo completo/Medio tiempo

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

SEGURO

Compañía de seguros: _____

Titular de la póliza: _____

Número de Identificación/Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Tipo de póliza: Individual / Familiar Fecha Efectiva: _____

Segunda Seguro: _____

Numero de Identificación: _____ Numero de Grupo: _____

¿Alguien lo refirió a C2 Counseling? Sí No ¿si, quien? _____

¿Ha sido cliente anteriormente? Sí No ¿si, cunado? _____

Nombre del Consejero(a): _____

¿Está viendo actualmente otro consejero, terapeuta, psicóloga, o psiquiatra? Sí No