

**Open Door Counseling, LLC**  
**Gail "Luisa" Zickefoose**  
**Información del cliente**

Excepto en los casos de abuso--incluyendo los menors y los mayores de edad que son maltratados o se encuentra en peligro inmediato--toda la información proporcionada se mantendrá estrictamente confidencial y se revela sólo de acuerdo con la ética profesional y la ley aplicable.

La fecha) \_\_\_\_\_ ¿Quien le dió mi nombre? \_\_\_\_\_

Los nombres \_\_\_\_\_ M F Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ M F Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja \_\_\_\_\_ M F Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

El estado relacional: Casado / cohabitando, separado, divorciado, viudo, soltero, comprometido

Los nombres y edades de sus hijos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los nombres de las personas que viven en su casa: \_\_\_\_\_

La dirección \_\_\_\_\_

#Casa

El calle

# apartamento

Ciudad

Zip

El teléfono personal \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje?  Si  No

El teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ ¿Está bien dejar un mensaje?  Si  No

El teléfono adicional \_\_\_\_\_ El correo electronico (email) \_\_\_\_\_

El tipo de trabajo \_\_\_\_\_ La compania donde trabaja \_\_\_\_\_

**Las preocupaciones actuales:**

¿Cuáles son las principales preocupaciones que le llevan a terapia? \_\_\_\_\_

---



---

En una escala de 1 a 5, donde 1 es leve, y 5 es fuerte, ¿cómo calificaría sus problemas? 1 2 3 4 5

¿Cuándo empez'o estos problemas? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que quiere lograr en el asesoramiento? \_\_\_\_\_

---



---

Describir sus puntos fuertes: \_\_\_\_\_

---

¿Alguna vez ha experimentado un evento traumático en el que usted u otra persona se hizo daño o podría haber sido perjudicado? Por favor describa: \_\_\_\_\_

---



---

¿Cuáles son las personas con las que cuentan para la ayuda? (Familia, amigos, iglesia, etc): \_\_\_\_\_

---

¿Sería útil incluir la espiritualidad en su orientación?  Si  No

¿Cuál es su preferencia religiosa? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido asesoramiento en el pasado?  Si  No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas? Fue asesoramiento útil? \_\_\_\_\_

---

¿Cuál fue su diagnóstico de salud mental anterior? ¿Cuál es su diagnóstico actual de la salud mental?

---

**La información médica**

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus condiciones médicas actuales? (Alergias, diagnósticos, etc.): \_\_\_\_\_

---

---

Lista de sus hospitalizaciones y enfermedades importantes en los últimos 5 años (física o mental) \_\_\_\_\_

---

---

Hacer una lista de todos los medicamentos y vitaminas que toma regularmente. Indicar la dosis y efectos:

---

---

¿A quién puedo contactar en caso de una emergencia? :

---

Nombre

Relación

Telefono

**Cualquier información adicional que considere que sería de gran ayuda:**

## ***Información y Consentimiento***

### ***El objetivo de la consejería:***

La orientación es una relación profesional que permite a los diversos individuos lograr la salud mental. De acuerdo con el Departamento de EE.UU. de Servicios Humanos, el propósito principal de asesoramiento es autorizarle para hacer frente adecuadamente a situaciones de la vida, reducir el estrés, la experiencia de crecimiento personal, y tomar decisiones racionales bien informadas.

### ***Los posibles objetivos de la terapia:***

Los objetivos de la terapia son desarrollados individualmente de modo que son específicos para sus necesidades. Vamos a trabajar juntos para crear metas que sean alcanzables y que ayude a llegar a donde quiere estar. Objetivos para la terapia tienden a incluir lo siguiente: para reducir los síntomas negativos, para comprender mejor su problema, y para aprender habilidades para mejorar la vida.

### ***Mi formación y estilo de la terapia:***

Tengo una Maestría en Ciencias en Consejería obtuvo en 2013 de la Northwest Nazarene University. Soy un consejero profesional clínico con licencia (LCPC) en el Estado de Idaho. Estoy capacitado en las siguientes terapias: solución breve, terapia cognitivo conductual, logoterapia, terapia de juego, y EMDR (un tratamiento eficaz para liberarse de su pasado). Si está trabajando con otros profesionales de la salud, puedo solicitar la autorización para coordinar su tratamiento.

### ***El proceso de asesoramiento:***

El asesoramiento puede ser una tarea que consume tiempo, y el éxito depende de muchos factores, incluyendo la naturaleza de los problemas, su participación en el proceso, su conexión terapéutico al consejero, y las habilidades del consejero. La mayoría de los clientes pueden esperar resultados positivos; Sin embargo, a veces el proceso puede implicar la discusión de los pensamientos y sentimientos dolorosos o incómodos antes se pueden lograr beneficios positivos. En ocasiones, puede salir de una sesión sintiéndose peor que cuando llegó, pero si permanece abierto y comprometido, los resultados positivos son propensos a través del tiempo. A veces, sin embargo, es posible que no se sienta se están haciendo progresos. Usted debe discutir esto con su consejero para tratar de determinar las barreras al progreso. Si continúa a sentir la orientación

no tiene éxito, usted debe solicitar un cambio de consejero o de referencia. Siempre estaré contento de dar tantas referencias como sea necesario.

### ***Los riesgos y beneficios de asesoramiento:***

La consejería puede implicar el riesgo de recordar hechos desagradables y puede provocar fuertes sentimientos emocionales. El asesoramiento puede afectar a las relaciones con otras personas importantes, tanto en forma positiva como negativa. Los beneficios de asesoramiento puede ser una mejor capacidad para relacionarse con los demás; una comprensión más clara de sus valores y objetivos personales; asesoramiento puede mejorar su productividad en el trabajo, y ayudar a lidiar con el estrés diario. Asumir la responsabilidad personal para trabajar con estas cuestiones puede dar lugar a un mayor crecimiento.

### ***Las sesiones de orientación:***

Una sesión de asesoramiento es normalmente 50 minutos de duración, pero puede ser programado para 30-90 minutos, dependiendo de la necesidad. Las sesiones de terapia generalmente se programan una vez por semana, pero esto puede variar. Vamos a organizar la frecuencia y duración de las sesiones específicamente para satisfacer sus necesidades individuales. Si es necesario cambiar o cancelar una cita, por favor, hazlo 24 horas antes llamando al 208-570-4350. Si se encuentra en una crisis o tiene una emergencia, puede ponerse en contacto con la policía local al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. También puede llamar al 208-546-9395 ya que este número sirve como de guardia para emergencias y después de las necesidades de la hora.

### ***La documentación:***

Se mantiene la documentación relativa a los servicios que recibe. Usted tiene el derecho a acceder a sus registros de asesoramiento con una solicitud por escrito. Estos registros son confidenciales y no serán divulgados a terceros sin su consentimiento por escrito. Los registros se mantienen durante 7 años y serán destruidos después de ese tiempo. Las notas de los casos no se liberan normalmente a cualquier persona, incluso cuando se le solicite específicamente. Toda la documentación está en forma escrita y se almacena en la oficina de una manera compatible con HIPPA y de acuerdo con las leyes y los estatutos pertinentes.

***El diagnóstico:***

Si un tercero, como una compañía de seguros, está pagando por parte de su factura, que normalmente requieren para dar un diagnóstico a dicha tercera con el fin de ser pagados. Los diagnósticos son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y algo acerca de si son problemas a corto plazo o largo plazo. Esto se determinará durante nuestra evaluación inicial y podrá cambiarse o modificarse a lo largo de asesoramiento.

***La ética profesional:***

Estoy obligado a cumplir con el Código de Ética de la ACA, adoptado por la Junta de Licencias del Consejero de Idaho. Estoy feliz de proporcionar una copia a petición o se puede encontrar una copia en <http://www.counseling.org/Resources/aca-code-of-ethics.pdf>. Junta de Licencias del Consejero de Idaho tiene la responsabilidad general de la regulación de la práctica de asesores profesionales autorizados. El otorgamiento de licencias a cualquier individuo bajo las leyes de concesión de licencias de Idaho no implica ni constituye una promoción de dicho consejero, ni garantiza la eficacia del tratamiento. La intimidad sexual entre un consejero y el cliente nunca es apropiado, y se debe informar a la Junta de Licencias de Idaho Consejero inmediatamente.

The Idaho Bureau of Occupational Licenses  
700 West State Street, Boise, ID 83702  
(208) 334-3233  
**<http://ibol.idaho.gov/IBOL>**

***La confidencialidad:***

Usted tiene el derecho a la confidencialidad de su consejera con ciertas excepciones especificada abajo. No puedo y no voy a decir a nadie lo que me has dicho, o incluso que está en terapia conmigo sin su consentimiento previo por escrito. Si nos encontramos fuera de la sesión de asesoramiento, voy a mantener la confidencialidad al no reconocer que te conozco, para proteger su privacidad. Siempre voy a actuar con el fin de proteger su privacidad, incluso si lo hace me libere por escrito para compartir información acerca de usted. Usted me puede autorizar para compartir información con la persona que elija, y se puede cambiar de opinión y revocar ese permiso en cualquier momento. Usted puede solicitar cualquier persona que desee asistir a una sesión de terapia con usted. También está protegido bajo las disposiciones de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud Federal (HIPAA). Los siguientes son excepciones legales a su derecho a

la confidencialidad. Le informaré en el momento que voy a tener que poner esto en práctica.

- Si tengo buenas razones para creer que va a dañar a otra persona, debo tratar de informar a esa persona y les advierten de sus intenciones. También tengo que llamar a la policía y pedir que proteja su víctima.
- Si tengo buenas razones para creer que usted está abusando o descuidando a un niño o adulto vulnerable, o si me dan información acerca de otra persona que está haciendo esto, debo informar a la autoridad competente dentro de las 24 horas.
- Si yo creo que está en inminente peligro de hacerse daño, puedo romper la confidencialidad legalmente para obtener ayuda para usted.
- Si yo creo ser en peligro o si hay información que pueda poner en peligro mi seguridad me permite romper la confidencialidad legalmente
- En caso de una emergencia médica, el personal de emergencia se pueden dar información necesaria.
- Si usted está involucrado en un proceso judicial y se realiza una solicitud de información relativa a los servicios profesionales que se le ha proporcionado, dicha información sin su autorización por escrito, o una orden judicial puede ser dado.
- Si usted presenta una queja o demanda en contra de mí, se me permite revelar información relevante respecto a su tratamiento con el fin de defenderme.
- Si es menor de edad, su representante legal tiene acceso a sus registros.

Es mi responsabilidad de mantener su confidencialidad en la improbabilidad de mi muerte o incapacidad. En un evento de esa naturaleza, puede comunicarse con Meridian Centro de Orientación para preguntar por el custodio asignado de todos mis registros hasta el cual pueden ser destruidos.

Usted puede optar por participar en las comunicaciones electrónicas con mí. Con respecto al correo electrónico (e-mail), es importante que usted sepa que no es un medio de comunicación confidenciales. Yo no uso un programa de cifrado en mi e-mail en este momento aunque yo uso una cuenta de Google seguro. Por otra parte, no puedo garantizar que los mensajes de correo electrónico serán recibidas o respondieron a si yo no estoy disponible. El correo electrónico no es la forma adecuada para comunicarse, o información confidencial de emergencia, urgente. Se le anima a llamar al 911 si tiene necesidades urgentes.

Puedo participar en consulta con otros profesionales con licencia tal y como recomienda el Código de Ética de la ACA. Si se analiza su caso, cualquier información de identificación será omitida para proteger su confidencialidad.

### ***El corte:***

Es mi política de no proporcionar evaluaciones clínicas o evaluaciones para cumplir los requisitos del tribunal o para otros fines legales, incluyendo la custodia de los hijos. Yo no estaré involucrado

en las actividades orientadas a la corte, incluyendo testificar en asuntos de custodia. Es mi intención de apoyo que terapéuticamente y no entrar en un procedimiento judicial. Voy a hacer una referencia si usted está interesado en estos servicios.

***Las quejas:***

Las quejas iniciales deben dirigirse con su consejero. Como cliente, usted tiene el derecho a presentar quejas con respecto a las preocupaciones éticas a la Oficina de Licencias Ocupacionales la forma prevista en las normas profesionales.

***La matrícula:***

Esta información se proporciona para evitar cualquier malentendido por lo que su tiempo en el asesoramiento puede ser enfocado en sus necesidades emocionales y los problemas no financieros. Enviaré su cuenta directamente a su compañía de seguros si estoy en la red con ellos. Si estoy fuera de la red, voy a presentar los recibos para su propia facturación. Tenga en cuenta que enviaré la información necesaria a su compañía de seguro para completar el proceso de facturación. Les pido que pague su co-pago en cada sesión. Si su deducible anual no se ha cumplido, la cuota total se debe en el momento del servicio. La tasa actual es de \$90.00 para una sesión de una hora, y \$130.00 para una entrevista de diagnóstico de 90 minutos.

**Por favor firme esta hoja para indicar que ha leído la información y entender sus derechos como cliente. También mediante la firma está indicando que se haya dado la oportunidad de formular las preguntas con respecto a la información presentada anteriormente y que usted ha aceptado recibir servicios de asesoramiento a través de Open Door Counseling, por el terapeuta Gail Luisa Zickefoose.**

---

Firma del cliente

Fecha

---

Firma del consejero

Fecha

---

Firma del representante u otro

Fecha



## Los derechos del cliente:

Usted tiene derechos y responsabilidades cuando participan en los servicios de salud mental.

### Los derechos del cliente

- Usted tiene el derecho a la privacidad y confidencialidad.
- Usted tiene el derecho a no ser discriminado o tratado injustamente por motivos de raza, nacionalidad, sexo, orientación sexual o religión.
- Usted tiene el derecho a ser un participante en las decisiones de tratamiento.
- Usted tiene el derecho a buscar una segunda opinión.
- Usted tiene el derecho de presentar una queja sin represalias.
- Usted tiene el derecho a rechazar el tratamiento y / o de cualquier servicio o modalidades de tratamiento y ser informado de las consecuencias de la negativa.
- Usted tiene el derecho de obtener información clara acerca de sus registros.
- Usted tiene el derecho a participar en los planes de asesoramiento en curso.

### Las responsabilidades del cliente:

- Usted es responsable de asistir a las citas en la fecha prevista o dar aviso de 24 horas si no puede asistir.
- Usted es responsable de participar en el tratamiento y seguir adelante con la tarea u otras tareas asignadas por su consejero
- Usted es responsable de expresar preocupaciones o quejas que usted tiene a su consejero.
- Usted es responsable de mantener los límites personales y respetando los límites que se pueden establecer por su consejero.

---

Firma del cliente o representante

Fecha

**Notificación de práctica privada. Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

**Sus Derechos:** Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su documento o registro médico electrónico
- Corregir el papel o registro médico electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Consúltenos para limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad

**Sus elecciones:** Usted tiene algunas opciones en la forma en que se usa y comparte la información, ya que:

- Hable con su familia acerca de su condición (según sea necesario)
- Proporcionar atención de desastres
- Proporcionar servicios de salud mental

**Nuestros usos y divulgaciones:** Podemos utilizar y compartir su información, ya que:

- El trato
- Ejecutar nuestra organización
- La facturación por sus servicios
- Ayuda con problemas de seguridad y salud pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- La compensación de los trabajadores de dirección, aplicación de la ley, y otras peticiones del gobierno
- Responder a las demandas y acciones legales

**Sus derechos:** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explica sus derechos y algunas de las responsabilidades que le ayude.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

• Puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de sus registros médicos y otra información médica que tenemos sobre usted. Nos preguntan cómo hacer esto. Vamos a proporcionar una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

pedirnos que corregir su registro médico

• Nos puede pedir a una información correcta sobre su salud que usted cree que es incorrecta o incompleta. Nos preguntan cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero vamos a decir por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

• Nos puede pedir a ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el hogar o la oficina del teléfono) o para enviar correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Consúltenos para limitar lo que usamos o compartir

• Nos puede pedir que no usamos o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir "no" si afecta su cuidado.

• Si usted paga por un artículo del servicio o atención de la salud fuera de su bolsillo en su totalidad, nos puede pedir que no comparta esa información con el propósito de pago o las operaciones con su compañía de seguros. Diremos "sí" a menos que una ley nos obliga a compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información

• Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha en que solicite, que compartimos con, y por qué.

• Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras revelaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si se le pregunta por otro plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación por medios electrónicos. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

Elija a alguien para que actúe

• Si ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.

• Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si siente sus derechos son violados

• Usted puede quejarse si siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.

• Puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para los Derechos Civiles mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/](http://www.hhs.gov/ocr/privacidad/HIPAA/quejas/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos a:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro

En estos casos nunca compartimos su información a menos que usted nos da permiso por escrito:

- fines de marketing
- La mayor intercambio de notas de psicoterapia

Nuestros usos y divulgaciones: nunca comercializamos ni vendemos la información personal

¿Cómo suelen usar o compartir su información de salud?

No usamos su información de salud de las siguientes maneras.

tratarle: Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le atienden. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecutar nuestra organización: Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención, y en contacto con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos la información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios: Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Le damos la información sobre usted a su plan de seguro médico por lo que va a pagar por sus servicios.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de forma que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, véase:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Ayuda con problemas de salud y de seguridad pública: Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones, tales como:

- La prevención de la enfermedad
- Ayudar a las operaciones de retirada de productos
- Declaración de reacciones adversas a los medicamentos
- Informar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Es la investigación: Podemos usar o compartir su información para investigación médica.

Cumplir con la ley: Vamos a compartir información acerca de usted si las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Dirección de compensación de los trabajadores, encargados de hacer cumplir la ley, y otras peticiones del gobierno: Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para las funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional, y los servicios de protección presidenciales

Responder a las demandas y acciones legales: Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nosotros haremos saber inmediatamente si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.
- No utilizar o compartir su distinta a la descrita aquí información a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dice que podemos, que puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, véase: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

Los cambios en las condiciones de este Aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestra página web. Ver Consentimiento Informado adjunto para más detalles acerca de la confidencialidad y la información del cliente. Por favor, pregunte si hay más información que desee.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma del cliente o representante

Fecha

Open Door Counseling, LLC Located at Meridian Counseling Center gzcounseling@gmail.com  
849 E Fairview Ave Meridian, ID 83646 Phone: 208-570-4350 FAX: 1-208-498-2008

## Hoja de Información de Seguros

El nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Relación con el Asegurado: Yo  Conyugue  Hijo/Hija  Otro

Estado civil del cliente: Soltero/a  Casado/a  Otro

Estado de empleo: Empleado  Estudiante tiempo completo  Estudiante de medio tiempo

Es la condición del cliente relacionado con el empleo: Si  No

Es la condición del cliente relacionado con un accidente de auto: Si  No

Es la condición del cliente relacionado con otro accidente? Si  No

Letra de imprenta exactamente como aparece en su tarjeta de seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: M o F

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Telefono del asegurado: \_\_\_\_\_

El empleador del asegurado \_\_\_\_\_

El número de seguridad social del asegurado # \_\_\_\_\_

El nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

El número de póliza \_\_\_\_\_ El número de grupo \_\_\_\_\_

Deducible \$ \_\_\_\_\_ Monto reunió \$ \_\_\_\_\_ El copago \$ \_\_\_\_\_ # de visits permitidos # \_\_\_\_\_

Yo, como cliente o representante del client otorga su consentimiento y el reconocimiento de que esta y otra información del cliente se dará a conocer a las compañías de seguros que proporcionan reembolso financiero para los servicios solicitados por la acción Open Door Counseling, LLC. Doy consentimiento y reconozco que mi información puede ser vista por el personal de facturación aprobados. Además, entiendo que soy responsable de pago por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha