

ANNA D. SKINNER, LPC

Consejera Profesional Licenciada
 833-F Wake Forest Business Park
 Wake Forest, NC 27587-7184
 919-395-0663

Información Confidencial de Cliente (página 1 de 2)

Bienvenidos a mi practica. Por favor conteste estas preguntas lo mas completo posible.
 FAVOR DE ESCRIBIR LEGIBLE

Nombre de Cliente	Apellido	Primero	Segundo	Estado Civil:
				___ Soltero
Dirección de Cliente	Calle:			___ Casado
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	___ Pareja Domestico
Teléfono	Casa:	Trabajo:	Cel:	___ Divorciado
	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	___ Viudo
Educación	Grado Máximo:	Título:	Campo:	
	Origen Religioso:		Religion Actual:	
Cónyuge	Nombre:	Edad:	Ocupación:	Años Casados:
Hijos	M F Nombre:	Edad:	M F Nombre:	Edad:
	M F Nombre:	Edad:	M F Nombre:	Edad:
Fue criado por: <input type="checkbox"/> Dos Padres? <input type="checkbox"/> Padre Soltero(a)? <input type="checkbox"/> Pariente? <input type="checkbox"/> Otro?				
Nombre de Padre:		Edad:	Ocupación:	
Nombre de Madre:		Edad:	Ocupación:	
Hermanos en orden de nacer:	M F Nombre:	Edad:	M F Nombre:	Edad:
	M F Nombre:	Edad:	M F Nombre:	Edad:
	M F Nombre:	Edad:	M F Nombre:	Edad:
En su familia, hay una historia de: ___ Alcoholismo ___ Abuso de Sustancias ___ Trastorno Mental ___ ¿Enfermedad Física Prolongada? ¿Que tipo?				
Medicaciones actuales (Tipo, Dosis):				
Problemas Medicos (pasado y actual) :				
¿Le han internado por abuso de sustancias, alcoholismo, o otro trastorno psiquiatrico? ___ Sí ___ No Detalles:				

Información Confidencial de Cliente (página 2 de 2)

¿Ha tenido cuidado psiquiátrico o consejo previo? (Donde, Cuando, Por Quanto Tiempo):

¿Ha pensado en matarse or herrirse de proposito alguna vez? ___ Sí ___ No (¿Si sí, quando y como?)

¿Ha tratado de suicidarse alguna vez? ___ Sí ___ No (¿Si sí, quando y como?)

Cliente o Guardián Empleado por:

Dirección de Patron:

Ciudad: Estado: Código Postal: Teléfono:

Nombre de Compañía de Seguro de Salud: Nombre de Asegurado:

Número del Grupo: Numero de Miembre:

Número de Licencia de Manejar: Número de Seguro Sócial:

Dirección de Facturación de Seguro:

Ciudad: Estado: Código Postal: Teléfono:

Yo, _____, entiendo y acuerdo a pagar Anna D. Skinner, LPC la cantidad de \$_____ al final de cada consulta de _____ minutos. Entiendo que soy responsable por pago de consultas que no son canceladas con mas de 24 horas de aviso. Pago por servicios es dado a la conclusión de cada consulta a menos que otros arreglos fueron hechos. Yo autorizo este terapeuta a dar información a mi seguro de salud referente a mi tratamiento. Entiendo que soy responsable por todos los pagos. Cualquier pago recibido por Anna D. Skinner, LPC de mi seguro de salud alem de lo que debo será reembolsado a mí cuando mi cuenta esta pagada en su totalidad. Además, fui informada ambos en palabra y en papel de las Practicas de Privacidad HIPAA de Anna D. Skinner, LPC, y de mis Derechos de Cliente.

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de Conyuge: _____ Fecha: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____