

Cynthia L. Robles, MFT
Licensed Marriage and Family Therapist
Cynthiaroblesmft.com

Información

Nombre _____ DOB: _____ Edad: _____ Sexo: _____
SSN# _____ Esposo SSN# _____
Estado Civil: _____ Número de niños _____ Edad de los niños _____
Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zp _____
Esposo _____ DOB: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Viven Juntos. Sí ___ No _____ Puede recibir citas Sí _____ No _____
Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____
Teléfono celular _____
Correo Electronico _____
Profesión _____
Referido Por: _____

Información de facturación y seguro

El paciente o responsable en última instancia responsable de los cargos por los servicios prestados. Al firmar a continuación tomar plena responsabilidad por toda la información necesaria para el reembolso de los servicios por cualquier tercero pagador, así como los cargos que se les niega por pagador. Obtener la autorización de los servicios es responsabilidad exclusiva del suscriptor. Con la mayoría de los seguros, deducibles deben ser pagados antes de co-pagos son permitidos. El pago se realizará en el momento de los servicios se prestan menos que otros arreglos se han hecho. Las cancelaciones deben hacerse 24 horas de antelación, como una cortesía a la Sra. Robles.

Información de su aseguranza

Nombre del asegurado _____ DOB _____ SS# _____
Dirección _____ Teléfono # _____
Empleador _____ Años empleadas _____
El nombre de la aseguranza _____
Numero de identificaion _____
Numero del grupo _____ Copago _____

El nombre de el empleador (EAP)

Nombre del asegurado _____
Nombre de la programa de asistencia _____
Ceridian/One Source ___ Otra ___ Exclusive Care ___ UBH ___ Value Options ___
Autorización numero _____
Número de sesiones permitidas _____
Persona de contacto _____

La firma de la persona responsable _____ Date _____

Firma del Esposo _____ Date _____