



T A H O E
YOUTH & FAMILY
 S E R V I C E S
 A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

Querido Cliente,

Gracias por su interés en Tahoe Youth & Family Services. Esperamos que la siguiente información le ayude con el paquete de admisiones.

Tahoe Youth & Family Services cree que la familia juega una parte muy significativa en el éxito del desarrollo de cada familiar y su experiencia con nuestra agencia. Abajo hay información que le ayudará con el paquete de admisiones y también con su experiencia de conserjería.

- Si un menor es el cliente primario, el único papelerillo que NO será llenada por del menor es el cuestionario marcado “Padre/Guardián Joven 10-17 años” en la esquina derecha del paquete.
- Por favor haga el esfuerzo a llegar con tiempo para su cita. Nosotros apreciamos una noticia de 24 horas antes si es que planea cancelar su cita, para que nosotros podremos planear de acuerdo con los cambios. La regla de Tahoe Youth & Family Services es de descargar a un cliente después de 2 cancelaciones sin ninguna noticia anterior.
- Por favor solo traiga a los niños que serán atendidos en la cita. Descubrirá que nuestro lobby es un poco ocupado y no es un buen lugar para que niños estén por una hora.

Nosotros verdaderamente esperamos que Uds. encuentre su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positive y útil. Si tendría alguna pregunta o preocupación, por favor no deje de preguntarnos. Información en el págate de admisiones es confidencial, aunque no haga daños a uno mismo o otras personas.

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Ubicaciones Tahoe Youth & Family Services

Oficina de Gardnerville
 1512 Hwy 395, Suite 3
 Gardnerville, NV 89410
 Tel (775) 782-4202
 Fax (775) 782-5055

Oficina de South Lake Tahoe & Drop In Center
 1021 Fremont Ave.
 South Lake Tahoe, CA 96150
 Tel (530) 541-2445
 Fax (530) 541-0517

Drop In Center de Gardnerville
 1307 Langley, Unit 1
 Gardnerville, NV 89460

Oficina de Alpine County
 Centro de Aprender
 100 Foothill Rd., Bld. D, Room 5
 Woodfords, CA 96120
 Tel (530) 694-9459

Texto ‘tahoeyouth’ a 839-863 • Línea de Crisis (800) 870-8937

www.tahoeyouth.org



Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Client # Uso de Oficina: _____

IMPRIME PORFAVOR

Nombre del cliente: _____ Sexo: M F Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Lugar de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Ciudad Estado

Dirección Física: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Teléfono de Celular (____) _____ - _____

¿Podemos dejar mensaje? Casa Celular Etnicidad/Raza del cliente: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unión Libre

Discapitado(a): _____ Nombre de Escuela: _____ Grado de la Escuela: _____

Por favor Circule Uno: Madre / Guardián / Madrastra / Madre Adoptiva

Nombre de Madre: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Teléfono Celular (____) _____ - _____

Estado Civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapitada: _____

Por favor Circule Uno: Padre / Guardián / Padrastro / Padre Adoptivo

Nombre de Padre: _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Teléfono Celular (____) _____ - _____

Estado Civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapitada: _____

Si no vives con las personas de las preguntas anteriormente ¿con quién vives?

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección Física: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapacitado(a): _____

¿Quiénes vive en su hogar?

	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>DISCAPACITADO</u>
Hermandad:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hermandad:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

¿Quién le recomendó aquí?

Usted Mismo(a)

Otro persona o agencia: _____

¿Alguien se ha preocupado por su uso de Alcohol o Drogas?

Sí No

¿Está preocupado(a) por su uso?

Sí No

¿La mayoría de tus amigos toman o usan?

Sí No

¿Alguna vez has tenido sobredosis de alcohol o drogas?

Sí No

¿Alguna vez has estado el cuarto de emergencia/hospital?

Sí No

¿El uso de alcohol o drogas te ha causado problemas en la escuela, en casa, en relaciones con otros, o en su trabajo? Si la respuesta es "sí" por favor explique: _____

*¿Ha usado drogas para calmar sentimientos incómodos?
(aburrimiento, tristeza, ansiedad, insomnia)*

Sí No

¿Ha recibido tratamiento por uso de alcohol o drogas?

Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y dónde? Incluir TYFS, TREC, y programa de SAP el Centro de Tratamiento de Menores _____

¿Existe alguien en la familia que ha sido tratado(a) por uso de alcohol o drogas?

Sí

No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y dónde? _____

¿Ha experimentado con las siguientes drogas? Por favor contesta honestamente.

(ESTO ES CONFIDENCIAL)

Alcohol Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Marihuana Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Spice Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Alucinógenos (ácido, hongos, etc.)
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Cocaína (Ice) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Crack Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Metanfetaminas (crank , speed)
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Éxtasi (“E”) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Depresivos (“downers” Codeine, Oxycotin, Vicodin, valium, Xanax, etc.)
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Inhaladores (nitro oxido)
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Heroína, Morfina, Metadona
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

Medicina sin Receta
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

¿Fumas cigarros regularmente?
 Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

¿Te gustaría ayuda para terminar de fumar? Sí No

Pasado Presente

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Bajo Autoestima
- Sentir desesperado
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas relacionando con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos o no obedecer
- Culpar a otros por tus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel con animales o personas
- Robar/Robar
- Deliberadamente quemar o destrozarse propiedad ajena
- Mentir o manipular a otros
- Salir furtivamente de la casa por la noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa ¿Cuántas veces? (____)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo

Pasado Presente

- Aislamiento o problemas haciendo amigos
- Intento de suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de tu propio cuerpo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas personas
- Chupar el dedo
- Hablar como bebé
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otras personas significativas
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambios rápidos de humor
- Cambios frecuentes en amigos
- Bajar las calificaciones, y/o ausencias extensivas de la escuela
- Imagen baja de sí mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Aislamiento de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Tener alucinaciones sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Golpe a la cabeza Fecha: ____ / ____ / ____
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Pesadillas
- Irritable
- Dificultad para acordarse de ciertos eventos
- Acceso a armas de fuego o otras armas



Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Client # Uso de Oficina: _____

IMPRIME PORFAVOR

Nombre del Cliente: _____ Sexo: M F Edad: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Nombre de Escuela: _____ Número de Seguro Social: _____

Por favor Circule Uno: Madre / Guardián / Madrastra / Madre Adoptiva

Nombre de Madre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
 Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Estado Civil: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapitada: _____

Por favor Circule Uno: Padre / Guardián / Padrastro / Padre Adoptivo

Nombre de Padre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección Física: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Unión Libre

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Discapitado: _____

Por medio de las siguientes preguntas, podremos tener una mejor comprensión de sus problemas.

Al contestar honestamente nos ayudará a asistirle mejor.

Por favor haga una lista de los problemas que Ud. está confrontando como padre/madre. _____

¿Cuáles son algunas de las conductas de su hijo(a) que le preocupa más? _____

¿Cómo ha Ud. intentado de resolver estos problemas? _____

Según sus sentimientos ¿cuáles acontecimientos en el pasado han contribuido a los problemas del presente? _____

Por favor haz una lista de tres metas que Ud. quiere alcanzar para sí mismo(a), para su hijo(a), y para su familia.

1. _____
2. _____
3. _____

Especifique que podríamos hacer para ayudarlo(a) a lograr estas metas. _____

¿Esta presentemente buscando servicios (o ha recibido servicios) de alguna de las siguientes?

- Consejero(a) Privado(a) Nombre: _____ Fecha de servicios: _____
- Otro lugar _____ Fecha de servicios: _____

¿Quién le recomendó aquí?

- Usted mismo(a)
- Otro persona o agencia: _____

Por favor liste nombre de hijos o padres que han visitado consejeros, terapeutas, psicólogos, psiquiatras, o doctores. (Para evaluaciones o exámenes)

Nombre de hijo(a)	Fecha de servicios	Nombre de padre	Fecha de servicios

**¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en su familia?
Si la respuesta es “sí”, ¿cuándo?**

- | Situación | Año Cuando Ocurrió |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Divorcio de los padres | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arreglos de custodia ¿Es actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre con custodia primaria: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte en la familia (¿Quién? _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Partida de una persona significativa (¿Quién? _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arresto (¿Quién? _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Accidente o herida seria (¿Quién? _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad seria (mental o física) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mudanza reciente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pariente en la cárcel (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/>) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Expulsión o suspensión de la escuela | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ser testigo o víctima de un crimen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Familiar usando alcohol o drogas (pasado <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/>) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicio de adopción | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra situación: _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Historia de cortarse o dañarse a sí mismo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ha intentado su hijo(a) de cometer suicidio | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Algún intento fue sin hospitalización | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún familiar que ha tenido serio problemas metal o emocional? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Si contesto “Si” por favor le liste quien: _____

¿Ha tenido su hijo algún trauma o tensión? Marque todos los que apliquen.

- Accidente
- Enfermedad severa
- Abuso físico, sexual o emocional
- Sin hogar (pasado presente)
- Miembro de la familia usando drogas o alcohol (pasado presente)
- Frecuentes cambios de cuidado del niño Si No
- Incapacidad de aprender (¿Ha sido su hijo examinado? Sí No

¿Cuál es su tratamiento?) _____

- ¿Separación de sus padres o de su cuidador primario? Sí No

¿Tiene su hijo historia de cortarse o hacerse otro daño a él o ella mismo? Sí No

¿Ha intentado su hijo de cometer suicidio? Si No Fechas: _____

¿Algún intento fue sin hospitalización? Si No Fechas: _____

Por favor marque todos los síntomas que Ud. cree su hijo(a) ha experimentado.

Presente Pasado

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Autoestima baja
- Sentir desesperanza o culpabilidad
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Aislamiento, problemas haciendo amigo(a)s
- Intentar el suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de su propio cuerpo
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otra persona significativa
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambiarse rápido de humor
- Cambio en amigos
- Dejar caer las calificaciones
- Imagen baja de sí mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Retirarse de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces cuando no está bajo la influencia
- Tener alucinaciones cuando no está bajo la influencia de alcohol o drogas

Presente Pasado

- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas asociando bien con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos y/o rehusar a obedecer figuras de autoridad
- Culpar a otros por sus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel a animales o personas
- Robar/Robar
- Deliberadamente quemar o destrozar la propiedad de otros
- Mentir o manipular a otros
- Salir furtivamente de la casa por la entera noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa
(¿Cuántas veces? _____)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas
- Irritable
- Incapaz de acordarse de ciertos eventos
- Tener acceso a armas de fuego u otras armas personas
- Chupar el pulgar
- Hablar como bebé
- Herida a la cabeza
(Fecha: ___ / ___ / ___)
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Fue testigo a o ha sido víctima de un trauma (accidente automovilístico, terremoto, etc.)
- Pesadillas
- Sentirse insensible o destacado(a)



T A H O E
YOUTH & FAMILY
 S E R V I C E S
 A SAFETY NET OF SERVICES FOR YOUTH AND FAMILIES

DETERMINACION FINANCIERA

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Le solicitamos que proporcione información básica importante para evaluar su situación y financiero adecuada para sus servicios. Si no podemos ayudarlo, ofreceremos otras referencias apropiadas en la comunidad.

Las sesiones individuales / familiares son de 45-50 minutos. Las sesiones grupales son de 80 minutos en California y 50 minutos en Nevada.

No se proporcionarán los servicios, ni se proporcionará la verificación de los servicios hasta que toda la información financiera solicitada sea recibida, firmada y procesada.

TYFS requiere el pago antes del inicio de una sesión. Los pagos se pueden hacer directamente con los recepcionistas.

Si No **CLIENTE TIENE SEGURO DE SALUD (MEDICAID, MEDI-CAL, SEGURO PRIVADO: _____)**

Proporcione una copia de la tarjeta de seguro de salud y el número de seguro social del asegurado principal.

¿Copago Requerido? Si No Cantidad de Copago: Individual \$ _____ Grupo \$ _____

¿Segundo Seguro de Salud? Si No Seguro Segundo Porcentaje: _____%

Si No **EL CLIENTE CALIFICA POR OTRO FINANCIAMIENTO? (DRYS, SAPTA, TRYS, _____)**

¿Se requiere referencia? Si No ¿Autorización necesaria? Si No

Si No **EL CLIENTE DESEA PAGAR EN EFECTIVO POR LOS SERVICIOS (efectivo o tarjeta solamente, debe ser el cambio exacto) Cargo de \$95 por sesión individual. Cargo de \$30 por sesión de grupo.**

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL** debido a una ofensa de DUI, una orden judicial o cualquier otra razón; el cargo es de \$100 y se debe antes de programar la cita para la evaluación.

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL** debido a una orden judicial o cualquier otra razón; el cargo es de \$125 y se debe antes de programar la cita para la evaluación.

Firma del Padres o Guardián del Cliente: _____ *Fecha:* _____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE NO CUMPLIMIENTO Y / O DESPUÉS DE LA CITA

Llame a la oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada para hacer un cambio. Independientemente de la determinación de su tarifa, se aplicarán las siguientes tarifas:

1. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si yo no proporcionan un mínimo de 24 horas de aviso cuando necesito cancelar o cambiar una cita. _____ **(Por favor inicial)**
2. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si llegan 15 minutos o más tarde a la cita.
_____ **(Por favor inicial)**
3. La cantidad llena de \$125.00 (solo efectivo) serán cargados a usted si no asisto una cita y no ha contacto la oficina.
_____ **(Por favor inicial)**
4. La cantidad llena de \$25.00 efectivo serán cargado a usted si no asisto una cita de grupo y no ha contacto la oficina.
_____ **(Por favor inicial)**
5. Si yo pierdo 2 citas sin razones apropiadas y no llamo a la oficina, servicios serán terminados.
_____ **(Por favor inicial)**

Si usted llama en un fin de semana por favor deje mensaje en el correo de voz en la extensión 100.

Al firmar a continuación, acepto la determinación de tarifas, la política y las tarifas indicadas anteriormente.

Firma del Padres o Guardián del Cliente: _____ **Fecha:** _____

TYFS Personal que asiste al cliente: _____



Nombre: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
 Direction: _____ Raza/Etnicidad: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ 1er Idioma: Ingles Español Otro _____
 Fecha de nacimiento _____ Cliente es menor (18 y menos) M F 2do Idioma: Ingles Español Otro _____
 Seguro Social# _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del cel.: _____ Podemos dejar un mensaje? Casa Cel.
 Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____
 Agencia de referencia _____ Teléfono de la agencia de referencia: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
 Direction: _____ Raza/Etnicidad: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ 1er Idioma: Ingles Español Otro _____
 Fecha de nacimiento _____ Cliente es menor (18 y menos) M F 2do Idioma: Ingles Español Otro _____
 Seguro Social# _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono del cel.: _____ Podemos dejar un mensaje? Casa Cel.
 Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

INFORMATION DEL SEGURO

Compania de seguro primaria: _____ Telefono de seguro: _____
 Nombre de la persona con el seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F
 Seguro Social# _____ Empleador: _____ Relacion del cliente: Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
 Direction De Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 ID de politica# _____ Grupo # _____ Nombre de Grupo _____
 Tipo de cobertura: Grupo Individual Es un plan de jubilacion? Si No
 Compania de seguro secundaria: _____ Telefono de seguro: _____
 Nombre de la persona con el seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F
 Seguro Social# _____ Empleador: _____ Relacion del cliente: Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
 Direction De Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 ID de politica# _____ Grupo # _____ Nombre de Grupo _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financiero responsable de todos los cargos, ya sean o no pagados por el seguro, y de todos los servicios prestados para mí o para mis dependientes. Autorizo a TYFS, al terapeuta y / o a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo que este documento se utilice para crear una excelente. He leído y acepto lo anterior.

X _____ Date: _____

Firma del paciente (Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre/guardian es responsable debe firmar arriba y completar la información a continuación).

Nombre del Padre/Guardian _____ **Relacion del cliente:** _____