



CCD Counseling P.A.

Denton Lewisville Farmers Branch
Administration: 1512 Scripture Street, Denton, Texas 76201
(940) 382-5328 www.ccdcounseling.com www.facebook.com/ccdcounseling

ID# _____
Office: D sDp L F
Related File: _____

POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION PARA NUESTRO EXPEDIENTE. LA SEGUNDA PAGINA CONTIENE ESPACIO PARA PERSONAS ADICIONALES, ADULTOS QUE AUTORIZAN Y EL ASEGURADO PRIMARIO.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

FECHA ____/____/____

NOMBRE: _____
Apellido Primer Segundo

FECHA DE NAC. ____/____/____ EDAD: ____ SEXO: M F

OCUPACION ACTUAL/ESTUDIANTE: _____

EMPLEADOR/ESCUELA _____

-----Si el cliente es un menor de edad, utilicé la información de padres en esta sección-----

DIRECCION _____

CIUDAD: _____ CONDADO: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TEL. (____) _____ EMAIL: _____

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR LLAMAR A:

NOMBRE: _____ RELACION CON CLIENTE: _____

TEL. (____) _____ (____) _____

POR FAVOR MENCIONE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTA TOMANDO O PROBLEMAS MEDICO:

POR FAVOR BREVEMENTE DIGA PORQUE NECESITA CONSEJERIA?

QUIEN LO REFIRIO CON NOSOTROS? NOMBRE. _____ AGENCIA: _____

FIRMA DEL CLIENTE. _____ FECHA: _____

PADRE O GUARDIAN SI CLIENTE ES DEPENDIENTE LEGAL (VER PAGINA SIGUIENTE)

TERAPEUTA: ____ * ____ * ____

ASEGURADO PRINCIPAL: Si este es un caso de **SEGURO MEDICO** y la persona en la primer página no es el **ASEGURADO PRINCIPAL**, EL **ASEGURADO PRINCIPAL** DEBE ser anotado aquí:

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
 EDAD _____ SEXO: M F
 OCUPACION/ESTUDIANTE _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____
 RELACION CON EL CLIENTE LISTADO EN LA PÁGINA UNO _____

Información del Adulto que autoriza (si no está anotado anteriormente) y/u otros participantes:

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
 EDAD _____ SEXO: M F
 OCUPACION/ESTUDIANTE _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____
 RELACION CON EL CLIENTE ANOTADO EN LA PÁGINA UNO _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
 EDAD _____ SEXO: M F
 OCUPACION/ESTUDIANTE _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____
 RELACION CON EL CLIENTE ANOTADO EN LA PÁGINA UNO _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____
 EDAD _____ SEXO: M F
 OCUPACION/ESTUDIANTE _____
 EMPLEADOR/ESCUELA _____
 RELACION CON EL CLIENTE ANOTADO EN LA PÁGINA UNO _____

Mas? POR FAVOR PIDA UN FORMATO DE CLIENTE ADICIONAL.

OFFICE USE ONLY

FEE ASSESSMENT: # IN HOUSEHOLD ____ GROSS \$ _____ FEE \$ _____

SERVICE	CLINICIAN	CLINICIAN	FEE	INDIVIDUAL OR COPAY	CONTRACTING BALANCE
/			\$	\$	\$
/			\$	\$	\$

FAMILY TREE SURVEYS: _____ Caregiver PFS

SELF PAY CLIENT NEEDS A MONTHLY PROBATION REPORT

INTAKE STAFF SIGNATURE _____ DATE ____/____/____