

**PEAK WELLNESS CENTER – SOLICITUD DEL CLIENTE**

ESCRIBIR EN IMPRENTA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre legal completo del cliente: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge o padre/tutor: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para mensajes: \_\_\_\_\_ Hora y lugar más adecuados para contactarlo: \_\_\_\_\_

Firme si autoriza a dejar mensajes: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Último año de educación completado: \_\_\_\_\_

Raza (marcar con un círculo): Blanca Negra Nativo americano Asiático Isleño del Pacífico Otra: \_\_\_\_\_

Origen hispanico (marcar con un círculo): Ninguno Cubano Puertorriqueño Mexicano Otro origen hispanico: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

**¿Considera que esto es una emergencia? SÍ/NO (Si la respuesta es SÍ, contacte a un miembro del personal inmediatamente)**

Describa por qué viene al Centro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Viene a Peak Wellness porque tiene problemas legales? SÍ / NO Explique: \_\_\_\_\_

¿Le han examinado en PWC antes? SÍ / NO ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿bajo qué nombre? \_\_\_\_\_

¿Quién lo derivó a PWC? \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Enumere otras agencias con las que usted (o su hijo) está involucrado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier persona además de usted vive en su casa. También incluya las personas que tiene a su cargo que no viven con usted.

Nombre:	Sexo	Edad	Relación con usted	Cliente n° (Sólo para uso de la oficina)


**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Cliente n°: \_\_\_\_\_ Cuenta n°: \_\_\_\_\_ Terapeuta n°: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Verificación de ingresos: \_\_\_\_\_ Tarifa del cliente: \_\_\_\_\_ Responsabilidad principal: \_\_\_\_\_  
Responsabilidad secundaria: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN FINANCIERA**

Persona responsable del pago: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación/cargo: \_\_\_\_\_ Sueldo bruto anual: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación/cargo del cónyuge: \_\_\_\_\_ Sueldo bruto anual: \_\_\_\_\_

¿Recibe seguro de desempleo? \_\_\_\_\_ ¿SSI?: \_\_\_\_\_ ¿SSDI?: \_\_\_\_\_ ¿Jubilación?: \_\_\_\_\_

Otras fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_ Total de ingresos anuales: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Presente la tarjeta del seguro para realizar una copia**

¿Equality Care / Medicaid?            SÍ / NO

¿Medicare?                                SÍ / NO

¿Kid Care?                                SÍ / NO

¿Seguro de salud?                        SÍ / NO

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del cliente con el asegurado: \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de identificación del grupo: \_\_\_\_\_

¿Segundo seguro de salud?            SÍ / NO

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del cliente con el asegurado: \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de identificación del grupo: \_\_\_\_\_

### **SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Fecha de la verificación del seguro: \_\_\_\_\_ Derivación requerida: SÍ / NO: \_\_\_\_\_

Número de autorización previa: \_\_\_\_\_ Periodo de autorización previa: \_\_\_\_\_

Número de visitas autorizadas: \_\_\_\_\_ Importe más bajo de copago/consultas médicas: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Observaciones: