



Goodenough Counseling and Mediation  
3100 Lorna Road, Suite 204, Hoover, AL 35216

### Formulario de Datos del Cliente

|   |   |
|---|---|
| <b>Apellidos:</b>                                 | <b>Nombre:</b>  |
| Dirección 1:                                      | Fecha de Nacimiento:                      Edad:         |
| Dirección 2:                                      | Genero: [ ] F [ ] M                      Estado Civil:  |
| Ciudad:                      Estado:      Código: | Empleo: [ ] Completo [ ] Medio [ ] Estudiante [ ] Otro  |
| Teléfono 1:                                       | Correo Elect 1:   |
| Teléfono 2:                                       | Correo Elect 2:   |
| Porque busca ayuda ahora?                         |   |
| Relacionado: to empleo:?      [ ] Sí:    [ ] No   | Relacionado: accidente de carro?      [ ] Sí:    [ ] No |
|   | Relacionado: to Otro accidente?      [ ] Sí:    [ ] No  |

#### Información de Pareja:

|   |  |
|---|--|
| <b>Apellidos:</b>                                 | <b>Nombre:</b>   |
| Dirección 1:                                      | Fecha de Nacimiento:                      Edad:        |
| Dirección 2:                                      | Genero: [ ] F [ ] M                      Estado Civil: |
| Ciudad:                      Estado:      Código: | Empleo: [ ] Completo [ ] Medio [ ] Estudiante [ ] Otro |
| Teléfono 1:                                       | Correo Elect 1:  |
| Teléfono 2:                                       | Correo Elect 2:  |

#### Hijos:

| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo: |
|---------|----------------------|-------|-------|
|         |                      |       |       |
|         |                      |       |       |
|         |                      |       |       |
|         |                      |       |       |
|         |                      |       |       |

#### Información para Emergencia y de Persona Responsable

|   |
|---|
| Contacto de Emergencia: (Nombre: and Numero):                     |
| Otro Persona Responsable:   |
| Dirección:  |
| Ciudad:                      Estado:                      Código: |

## Goodenough Counseling and Mediation

3100 Lorna Road, Suite 204, Hoover, AL 35216

*Favor de proveer la información a continuación alrededor de su póliza de seguro de su tarjeta de seguro. Tal vez tendrá que contactar los servicios de cliente utilizando el número al revés de la tarjeta.*

*También, puede hablar al Departamento de Recurso Humanos de su compañía para averiguar si se puede utilizar su Cuenta de Flexible Spending o una Cuenta de Ahorros Medica, o alguna programa de reembolso que pueda existir par ayudar pagar para la terapia. Pregúnteles cuales tramites tiene que hacer para que le reembolsaren*

### Seguro (Póliza)

|   |        |  |
|---|--------|--|
| Compañía de Seguro:   |        | Deducible Anual (MH)   |
| Póliza:   | Grupo: | Copago Consulta (MH): \$ _____ %   |
| Fecha de vigencia:  |        | Citas Permitidas: _____ Tiempo para Reembolsar                                   |
| Fuera-del-Red M/H: <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No |        | Autorización Requerida? <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No |
| Numero de Autorización  |        | Persona Autorizando:   |
| <b>NPI# 1497192199</b>  |        | <b>Billing Codes: 90791, 90834 and/or 90847</b>                                  |

### Seguro Secundario (Información del Persona Asegurado)

|               |                      |         |   |
|---------------|----------------------|---------|---|
| Nombre:       | Apellidos:           |         |   |
| Dirección:    | Ciudad:              | Estado: | Codigo:   |
| Teléfono:     | Fecha de Nacimiento: | Genero: | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Empleado por: |                      |         |   |

### Seguro Secundario

|  |        |  |
|--|--------|--|
| Compañía de Seguro:  |        | Deducible Anual (MH)   |
| Póliza Numero:   | Grupo: | Copago Consulta (MH): \$ _____ %   |
| Fecha de vigencia:   |        | Citas Permitidas: _____ Tiempo para Reembolsar                                   |
| Fuera-del-Red M/H: <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No  |        | Autorización Requerida? <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No |
| Numero de Autorización   |        | Persona Autorizando:   |
| Relación del Cliente al Asegurado: <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hojo/a <input type="checkbox"/> Otro/a |        |  |

Otros comentarios o preocupaciones del cliente: