

**CHRISTIAN LIFE COUNSELING**  
**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código de Área \_\_\_\_\_  
Teléfono Casa No. \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina No. \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil No. \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Sex F/ M Soltero Casado Viudo Divorciado Si Estudia Tiempo Completo /Medio T

**Información del Seguro**

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
Póliza o Número de Identificación. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Asegurados Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Relación del asegurado con el paciente \_\_\_\_\_

**Si el Paciente es un Menor**

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Nombre de la Parte Responsable \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Número de teléfono de Trabajo. \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil No. \_\_\_\_\_ Licencia de conducir No. \_\_\_\_\_

**Espiritual**

Afiliación de la Iglesia \_\_\_\_\_ Nombre del Pastor \_\_\_\_\_

¿Ha habido un momento en tu vida en el que has aceptado a Jesucristo como tu Señor y Salvador? SÍ NO. Si No, ¿está interesado en discutir esto durante la sesión? \_\_\_\_\_

¿Cómo Encuentras tu Fe? (Marque con un círculo la respuesta): Satisfactorio Desafiante Alegre Sin sentido Sin brillo Otro

**Consejería Previa / Intervenciones**

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Dirección / Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fechas Aproximadas \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

- 1. Yo, el abajo firmante, acepto la responsabilidad financiera por el pago de todas las tarifas al momento de la visita, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el Departamento de Contabilidad.**
- 2. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la condición o el tratamiento de mi / mi hijo a mi compañía de seguros.**
- 3. AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS DE SEGURO AL PROVEEDOR: Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro de mi compañía de seguros a mi proveedor.**

**FIRMADO (paciente o padre si el paciente es menor de edad ) \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_**