

Nick Barneclo, Ph.D.

Licensed Psychologist

nickbarneclo.com

**INFORMACIÓN PARA ADMISIÓN
CONFIDENCIAL**

Nombre (Cliente): _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Email: _____@_____

Teléfono: __ () _____

Fecha del nacimiento: _____ Edad: _____

Numero de seguro social: _____

Los nombres y fechas del nacimiento de las personas que viven en casa:

(Si el cliente es niño/a, llene abajo por favor)

Madre: Nombre _____ FDN: _____ NSS: _____

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Padre: Nombre _____ FDN: _____ NSS: _____

Dirección: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Si los padres son divorciados, es necesario tener permiso de los dos padres

Seguranza: _____

Nombre del padre/madre/custodio: _____

Numero de seguro social (del padre/madre/custodio): _____

Fecha del nacimiento (del padre/madre/custodio): _____

Seguranza Secundaria: _____

Permiso para usar la seguranza:

1. Autorizo la utilización de esta forma para compartir información a la compañía de seguranza.
2. Entiendo que soy responsable para pagar todo la cuenta o factura de los servicios.
3. Entiendo que tengo que pagar el "deductible" o "co-pay," al tiempo del servicio.
4. Autorizo que el pago pasa directamente de la compañía al psicólogo.
5. Doy permiso que se puede utilizar una copia de esta autorizacion en lugar de la original.

Si no se comunica con la oficina 24 horas antes de la cita para una cancelacion, esta responsable a pagar \$175 dolares por la sesion, a menos de que tenga seguranza Medical, no hay cargo.

Firma

Fecha

Estoy de acuerdo a participar en terapia o en una evaluación psicologica con Nick Barnecko, Ph.D.

Firma del cliente (o madre/padre)

Fecha

Si el/la clienta/e tiene menos de 18 años: Yo soy el padre/la madre legal o custodio legal de _____ y doy mi permiso a Nick Barnecko, Ph.D., a dar servicios con mi hijo/a.

