

Nick Barneclo, Ph.D.

Licensed Psychologist

nickbarneclollic@gmail.com

Phone: (575) 650-0843 Fax (805) 419-6876

**INFORMACIÓN PARA ADMISIÓN
CONFIDENCIAL**

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Email (si quiere comunicar por email): _____

Teléfono: (casa): _____ (trabajo): _____

(celular): _____

Fecha del nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar del empleo: _____

Numero de seguro social: _____

Educación: _____

Los nombres y edades de las personas que viven en casa:

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 ____ dolares por la sesion.

Firma

Fecha

He recibido una copia de “Información para clientes nuevos,” y estoy de acuerdo a participar en terapia con Nick Barneclo, Ph.D.

Firma del cliente

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 Barneclo, Ph.D., a dar servicios terapeuticos con mi hijo/a.