

The Personal Wellness Center

6508 Deer Pointe Dr., Suite 4C, Salisbury, Maryland 21804
Teléfono: 410-742-6016 Fax: 410-742-6014

INFORMACION del CLIENTE

****Al llegar por favor entregue la tarjeta del seguro médico e identificación (para fotocopiar), remisiones médicas y/u otros formularios correspondientes. Gracias****

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado Marital: Sep__ C__ D__ V__ Soltero/a__ Unión libre __

Nombre del esposo/a o pareja: _____

Domicilio: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____

****Por favor déjenos saber si prefiere no ser incluido en nuestro periódico informativo mensual. ****

Teléfono: _____

Casa

Móvil

Oficina

****Por favor indique si prefiere no ser contactado a los números indicados arriba.****

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Número telefónico: _____ Relación: _____

Nombre, dirección y teléfono de la persona responsable de pagos: _____

Derivado a The Personal Wellness Center por: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

¿Ha tenido terapias anteriormente?

Diagnóstico previo: _____

Historia de enfermedades mentales en la familia

Diagnósticos: _____

Número de hijos dependientes menores de 18 años _____

Nivel de educación: _____

¿Es Veterano de guerra?

¿Es un paciente de transición?

Idioma Principal: Inglés Español Otro, Especifique: _____

Vivienda: Casa privada Casa adoptiva Residencia Asistida Institución
 Sin Hogar Otro Especifique: _____

Incapacidades: Problemas al oído Problemas a la Vista Dificultad para caminar
 Dificultad para vestirse o bañarse Dificultad para hacer mandados solo/a Otro Especifique: _____

¿Usa alcohol o drogas recreativas?

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia consume alcohol o drogas recreativas?

¿Fecha de uso más reciente?

Origen Hispano/Latino: _____ Raza: Blanco Americano Africano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asia Nativo Hawaiano u Otras islas del pacifico Multiracial

Información de Seguro de Salud Primario

Compañía de Seguro: _____ Numero de póliza # _____

Nombre del asegurado: _____

Persona primaria en la póliza

Dirección del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____

Información de Seguro de Salud Secundario – Si aplica

Compañía de seguro: _____ Numero de póliza # _____

Nombre del asegurado: _____

Persona primaria en la póliza

Dirección del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____

Medicamentos actuales: _____

Enfermedades/síntomas: _____

Razones por la cual necesita terapia: _____