

Kranz Psychological Services, PLLC

Evaluaciones - Consejería

3118 H G Mosley Pkwy, Longview, TX 75605
Oficina: (903) 200-1433 Fax: (903) 405-4047

FORMA DE NUEVO CLIENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del cliente: _____ fecha de nacimiento: _____

Género: _____ está usted en servicio activo o es veterano: _____

Dirección: _____
(calle y número) (ciudad) (estado) (codigo postal)

Telefonos del Cliente:

Casa: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Si No

Celular: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Si No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Si No

SI EL CLIENTE ES UN MENOR DE EDAD, NOMBRE LOS PADRES O TUTORES LEGALES: _____

Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

SI LOS PADRES SON DIVORCIADOS O SEPARADOS POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN:

Quien tiene la custodia legal: _____

¿Hay algunas restricciones legales para el padre que no tiene la custodia del menor para autorizar tratamiento o para obtener información acerca del tratamiento del menor? Si No

Si la respuesta es si, por favor explique y **proporcione una copia de los documentos legales que avalan esta restricción:**

Quien lo refirió a nosotros / Consejero que lo refirió: _____

Que servicios está buscando: Evaluación Psicológica Consejería

Información de la aseguradora (por favor proporcione una copia de su tarjeta de aseguradora):

Nombre de la persona en la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la persona en la póliza: _____
(calle y número) (ciudad) (estado) (codigo postal)

Por favor describa el problema que quiere tratar. Si está buscando consejería, por favor escriba la razón que lo trajo a nosotros:
