

INFORMACION DE COBERTURA MEDICA

1. INFORMACION GENERAL

Nombre: _____

Fecha de Nac: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Contacto (por favor, marque con * el mejor método para comunicarse con usted):

Casa: _____ Trabajo: _____

Cel: _____ Email: _____

Contacto de emergencia (nombre, nro. de teléfono y relación):

2. COBERTURA MEDICA

Nombre del seguro médico: _____

Nro. de ID: _____

Completar los siguientes datos únicamente si el titular del seguro es otra persona:

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nac. del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____

Parentesco: _____

3. AUTORIZACION PARA COBROS DEL PLAN MEDICO:

Autorizo a Cecilia Esquivel, LCSW-C, a enviar facturas de pago directamente a mi seguro. También autorizo el intercambio de los datos que sean necesarios para procesar el pago de las sesiones.

Firma: _____ Fecha: _____

Aclaración de firma: _____