



# Auditory-Verbal Center

## 2018 Client Registration

USO EN LA  
OFICINA SÓLO

Initial Upon Completion: \_\_\_\_\_  
 STATUS:  New  Existing  
 PROGRAM:  AVT - ATL  AUDIO  
 AVT - MAC  TELE

**LOS FORMULARIOS DEBEN SER LLENADA COMPLETAMENTE EN LA IMPRESIÓN.**

### HISTORIAL DE FONDO DEL CLIENTE

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente M.I. Apellido

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino Cumpleaños: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Otro Condado: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:  Empleado  Estudiante a Tiempo Completo  Parte Estudiante de Tiempo  Otro

Empleador: \_\_\_\_\_ Título Profesional: \_\_\_\_\_

Ingreso Total Familiar Combinada:  Menos que \$20,000  \$20,001 - \$30,000  \$30,001 - \$40,000  \$40,001 - \$50,000  
 \$50,001 - \$60,000  \$60,001 - \$70,000  \$70,001 - \$80,000  Mas que \$80,001

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ ¿Necesita usted un Interpretete?  Sí  No

Raza:  Afroamericano  Asiatico  Americano (Blanco)  Latino Americano  Desconocido  Otro  Rechazar

### INFORMACIÓN PARA LOS PADRES Y TUTORES EN CONTACTO CON

#### PADRE / TUTOR #1:

Relación de cliente:  Ninguna  Padre  Guardián  Cuidador  Abuelo  Niño  
 Esposa  Relativo  Amigo  Compañero

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor M.I. Apellido

Race:  African American  Asian  Caucasian  Hispanic  Unknown  Other  Decline

Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo electrónico primaria: \_\_\_\_\_

#### PADRE / TUTOR 2:

Relación de cliente:  Ninguna  Padre  Guardián  Cuidador  Abuelo  Niño  
 Esposa  Relativo  Amigo  Compañero

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Tutor M.I. Apellido

Race:  African American  Asian  Caucasian  Hispanic  Unknown  Other  Decline

Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo electrónico primaria: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Relación de cliente:  Ninguna  Padre  Guardián  Cuidador  Abuelo  Niño  
 Esposa  Relativo  Amigo  Compañero

Título: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre M.I. Apellido

Correo electrónico primaria: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL MEDICO

Médico familiar: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina del doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGURO

***Traiga la tarjeta del seguro del cliente y una identificación con foto.***

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DEL CLIENTE

Entiendo que soy responsable de todos los cargos prestados a mí por el personal del Centro Auditivo Verbal , incluyendo copagos , deducibles o coseguro no cubiertos por mi compañía de seguros. Cualquier referencia o autorizaciones exigidas por mi compañía de seguros deben presentarse a la Auditivo Verbal Center en el momento de mi visita o antes de mi cita. Si una referencia válida no se obtiene antes de mi cita, los honorarios por servicios prestados son mi responsabilidad. Con esta firma , autorizo al Centro Auditivo Verbal a dar cualquier información relacionada con mi salud, asesoramiento y tratamiento. También por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí directamente a la Auditivo Verbal Center. Si mi compañía de seguros (es) de cambios en cualquier momento , yo soy responsable de notificar a esta oficina y proporcionar una copia escrita o voy a ser responsable en última instancia al pago de honorarios por servicios profesionales en ese momento.

\_\_\_\_\_  
Padre o Responsable Firma del partido

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha