

Youth Services of Glenview/Northbrook

Información del/la Cliente + Pago

Información del/la Cliente:

Nombre del/la Cliente: _____

Fecha de Nacimiento del/la Cliente: _____ Edad: _____

Identidad de Género del/la Cliente: _____

Identidad Racial / Étnica del/la Cliente: _____

Número de Teléfono Celular del/ la Cliente: _____

Correo Electrónico del/la Cliente: _____

Dirección de Residencia: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono de Residencia: _____

Padre, Madre o Apoderado(a):

Nombre / Parentesco: _____

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Padre, Madre o Apoderado(a):

Nombre / Parentesco: _____

Número de Teléfono Celular: _____

Número de Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Persona de Contacto en Caso de Emergencia *(además de los padres/apoderados que se muestran arriba)*:

Nombre / Parentesco: _____

Número de Teléfono Celular: _____

Información de Recomendación:

¿Quién recomendó que se pusiera en contacto con Youth Services?

☐ Compañía de Seguridad: _____

☐ Amigo(a)/Conocido(a): _____

☐ Médico(a)/Proveedor(a): _____

☐ Personal Escolar: _____

☐ Búsqueda en Línea

☐ Otro: _____

Información Médica del/la Cliente:

Nombre del/la Médico(a) de Cabecera/Consultorio Médico:

Número de Teléfono del/la Médico(a): _____

Medicamentos Recetados (Dosis, Frecuencia): _____

Nombre del/la Médico(a) que se los Recetó: _____

Número de Teléfono del/la Médico(a): _____

Alergias Médicas/Alimentarias y/o Condiciones que Limitan sus Actividades: _____

Información para la Facturación:

¿Quién es responsable de pagar la cuenta?

Nombre(s): _____

Parentesco al/la Cliente: _____

Dirección(es) (si no se mencionó anteriormente): _____

Número(s) de Teléfono (si no se mencionó anteriormente): _____

Información de Pago:

¿Va a usar su seguro médico para pagar la cuenta?

☐ No.

El pago que debo pagar por la admisión, las sesiones y las sesiones faltadas/canceladas con menos de 24 horas es \$ _____.

☐ Sí.

Proveedor de Seguro: _____

Número de Teléfono del Proveedor: _____

Número de Identificación del Grupo: _____

Número de Identificación del Miembro: _____

Fecha Efectiva del Plan de Seguro: _____

Nombre del/la Asegurado/a: _____

Fecha de Nacimiento del/la Asegurado/a: _____ Sexo: _____

Dirección + Número de Teléfono del/la Asegurado/a (si no se mencionó anteriormente): _____

Médico/a Remitente (si procede): _____