PHOCIS Hoja de Información de Nuevo Cliente

La razón de su visita:	Fecha (MM/DD/YYYY):

DEMOGRAFICOS

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):	Número de Seguro Social:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
País De Nacimiento:	Estado De Nacimiento:	Niño(a) de Crianza: ☐ Sí ☐ No
Raza: ☐ Indio-Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afro-Americano ☐ Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica ☐ Raza Blanca ☐ Otros: _____	Estado Marital: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo ☐ Separado Legalmente ☐ Desconocido	Hispano o Latino: ☐ Sí ☐ No Tipo de Seguro: ☐IHS ☐ Privado ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ No Seguro Idioma: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____
Apellido de Soltera de la Madre del Cliente: _____		

VISITA DE HOY

¿PODEMOS COBRAR A SU SEGURO? ☐ No ☐ Sí

El titular de su póliza de seguro puede recibir información sobre la visita de hoy si está marcada como "sí".

DIRECCIÓN O DOMICILIO (ENLISTE TODO LO QUE APLIQUE)

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Tenemos permiso para contactarlo en la dirección de correo indicada?
				☐ Sí ☐ No
Dirección Confidencial preferido para correo:				☐ Sí ☐ No

CONTACTOS TELEFÓNICOS (APUNTE SOLO NUMEROS EN CUAL PODAMOS CONTACTAR A USTED)

Número de Telefóno:	Mensaje/Texto SMS Número:
Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Telefóno:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Domésticos: $ _____ por ☐ Año ☐ Hora / Numero de horas trabajadas por semana: _____ ☐ Semana ☐ Dos veces al Mes ☐ Cada otra Semana ☐ Mes	Número de Personas sostenidas con ingreso:

TUTOR (CUANDO CLIENTES SON MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)	Número de Seguro Social:
Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Otro: _____	