



Formulario de información del cliente

Fecha de hoy:	¿A qué terapeuta verás?	¿Quién más estará en la sesión de hoy/futuras sesiones con usted?	
Información Personal			
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Nombre preferido:
Edad:	Fecha de nacimiento:	Me identifico como: Hombre Mujer No Binario prefiero no responder otra:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono preferido:		Correo electrónico:	
Ocupación:		Empresa	
Estado Civil: Soltero Viviendo Juntos Casado Divorciado Separado Viudo			
Afilación religiosa: Ninguna Protestante Católico Judío Mormón Ortodoxo Musulmán Hindú Budista Ateo Agnóstico Otro:			
Raza/etnicidad: Afroamericano Hispano/Latino Nativo Americano Isleño del Pacífico nativo de Alaska Nativo de Hawái Caucásico Otro:			
Diagnósticos anteriores/actuales (del médico):			
Cualquier enfermedad y/o discapacidad crónica autodiagnosticada?:			
Medicamentos recetados y de venta libre (especifique):			
¿En la actualidad o anteriormente, has visto algún otro profesional de consejería? En caso de que sí, por favor proporcione sus nombres y especifique si son consejeros actuales o anteriores.			
Persona Responsable del Pago			
Persona Responsable del Pago:	Número de teléfono:	Correo Electrónico de la persona responsable del pago si no es usted:	



Nota: Esta persona tendrá que aceptar nuestra política de pago para poder cobrarle por sus sesiones. Si no tienen el pago en el archivo, usted será responsable de los pagos adeudados. Tendremos que contactar a esta persona para confirmar la responsabilidad del pago (**iniciales aquí:** _____)

Política de Pago (requerido)

Entiendo que en una última instancia, soy financieramente responsable de cualquier saldo. La terapia de relaciones de Houston no se basa en terceros administradores, ni le proporcionaremos ninguna información que no sea los recibos de los pagos que usted le haya hecho en caso de que decida buscar un reembolso por nuestros servicios. Obtendremos el pago en el momento del servicio o en caso de una cancelación tardía o que no se presente.

Firma:

Nota: se le cobrarán las sesiones posteriores a la sesión inicial que no haya cancelado con 24 horas de anticipación

Fondos y Política de Cancelación (requerido)

Política de reembolso: Firme con su nombre para confirmar que comprende que si compró un paquete de asesoramiento prepago y elige interrumpir la terapia, puede recibir un reembolso del 50 % del monto descontado que pagó por cualquier sesión de terapia prepago no utilizada. Todos los servicios de prepago tienen una fecha de vencimiento de 1 año calendario a partir de la fecha de compra.

Firma:

Política de cancelación: Firme con su nombre para confirmar que aceptó que se le cobre la tarifa completa de la sesión si no notificó a nuestra oficina con más de 24 horas de anticipación en caso de que decida reprogramar o cancelar su cita. La oficina cargará la tarjeta de crédito registrada. En caso de pérdida de una sesión de parejas, se cobrará a ambas partes la mitad del precio total de la sesión. Esta confirmación se utilizará en caso de una disputa con la tarjeta de crédito.

Firma:

Información Adicional

¿Cómo se enteró de nosotros? (Sea específico: motor de búsqueda, términos de búsqueda, amigo, revista, programa de televisión, evento, comercial de radio, etc.):

Si la referencia es de un cliente de HRT, incluya su nombre para que pueda obtener un descuento de \$10 en su tarifa por hora.

Si la referencia es de un terapeuta de HRT, ¿quién es?

Si la referencia es un médico:

Nombre:

Número de teléfono:

¿Está bien decirle gracias por recomendarnos?



			Sí o No
Contacto de emergencia			
Nota: Solo contactaremos a esta persona con su consentimiento o sin su consentimiento en caso de que exista una amenaza directa para su seguridad física. También podemos optar por llamar a los Servicios de Emergencia 911 y todos los costos incurridos serán su responsabilidad.			
Nombre:	Relación con el cliente:		Número de teléfono: