

**FAMILY SERVICE OF EL PASO
INTAKE SHEET**

Fecha: _____ Iniciales de personal: _____ Numero de teléfono :(h) _____ (w) _____

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de SS : _____

Nombre de pareja/guardian: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de SS: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____ Tipo de Referencia: _____

Hijo(a) : Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Seguro Social: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Ingresos total de familia: _____ Idioma Preferible: _____ Horario Preferible: _____

Medicaid: _____ Superior: _____ Texas Health: _____ El Paso 1st: _____

Medicare: _____

Chip: _____

Segurancia: _____ Victime de Crimen: _____ # de caso: _____

Seguro Medico: (Por favor llene)

Nombre del principal de los seguros: _____ Nombre del Seguro: _____

#Seguro Social: _____ - _____ - _____ Empleado: _____ # de tele: de Seguro: _____

Fecha de nacimiento : _____ # de poliza: _____ # de grupo: _____

Verificado por: _____ Ded: _____ Met Y/N Copago : _____ Max: _____

Victime de Crimen: Si/ No **Su** hijo/hija ha sido nombrado en un acuerdo custodia o una orden de la corte? Si/ No

Terapia para: Individual: _____ Pareja: _____ Matrimonio: _____ Familia: _____ Otro: _____ **Necesitamos una copia**

Razones para Consejería: _____

Problemas Medicos: _____ Problemas Psiquiátrico: _____

Consejería Anteriormente: Si/ No donde: _____



OFFICE USE ONLY

Treatment Modality: μ Family μ Individual μ Marriage μ Psychosocial μ Psychiatric

Method of Payment: CD CPS PAP MEDICAID UW-C UW-F HS INS EAP CJ MEDICARE CV DRC

Fee set: _____ (est.) Intake Worker: _____

Assigned to: _____ Date: _____ Chart #: _____

APPOINTMENT DATE/TIME: _____ ENTERED BY: _____