

**OASIS COUNSELING INTERNATIONAL
INFORMACION DE LA FAMILIA**

JEFE DE LA CASA

Apellido _____
Primer Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (casa) _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ M/F
Número de Seguro Social _____

ESPOSO/A _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ M/F
Número de Seguro Social _____
Empleador _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (trabajo) _____

EMPLEADOR _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono de Trabajo _____

ASEGURANZA #1
Nombre de Compañía _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Dueño de Póliza _____
de Póliza _____
de Grupo _____

ASEGURANZA #2
Nombre de Compañía _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Dueño de Póliza _____
de Póliza _____
de Grupo _____

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: (Fuera de su residencia)
Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Médico Familiar _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

REFERIDO A ESTE OFICINA POR: _____

Favor de marcar: _____
POLITICA DE PAGO: He leído lo que está presentado en el otro lado y estoy de acuerdo con lo que pide.

Autorizo que mis BENEFICIOS DE SEGUROS sean pagado directamente a Oasis Counseling y entiendo que tengo la responsabilidad financiera para servicios que no sean cubiertos, como indicado al otro lado. Tambien autorizo que Oasis Counseling puede dar cualquier información que sea necesario para procesar reclamaciones de seguros. (Una copia de esta autorizo sea considerado válida.)

FIRMA _____

FECHA ____/____/____ Lea el otro lado.

NOMBRE DE DEPENDIENTE:
Primer Apellido M/F Fecha de Nacimiento
1. _____/____/____
2. _____/____/____
3. _____/____/____
4. _____/____/____
5. _____/____/____
6. _____/____/____

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DE DEPENDIENTE:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

POLITICA DE PAGO OASIS COUNSELING INTERNATIONAL

Para proveer el mayor servicio posible para nuestros clients, hemos revisado nuestra regal de pago. Favor de notar nuestra política corriente y planear según esto para sus visitas en el futuro.

FAVOR DE HACER PAGO COMPLETO al moment de servicio para cada servicio si no hay uno de estas excepciones:

1. Ud. tiene seguros privados y ha cumplido su deducible para el año corriente. Si ud. tiene co-pago, pedimos que lo pague al momemto de servicio.

NOTA: Mandaremos sus cobros con su compania de seguros primaria como un servicio para ud. Ud. necesita asegurar entre 2 o 3 semanas que su compania de seguros ha recibido la reclamación y que están procesandola. También ud. necesita asegurar que ud. ha notificado la oficina nuestra de cualquier información nueva en cuanto a sus seguros para evitar una reclamación negada.

2. Ud. arregla su manera de pagar con nuestra oficina antes de su visita con su consejero.

NOTA: Si su cita está puesta en el horario y ud. no puede pagar inmediatamente, favor de hablar con la recepcionista para arreglar un plan de pago antes de su cita.

3. Ud. tiene Medicaid y ha mostrado su tarjeta para el mes corriente a la recepcionista.