

*Alegre Counseling and Consulting Services, LLC*  
Julio L. Benezra, M.S.Ed., LPC, CCTP  
4425 East Agave Road, Edificio 4, Oficina 116, Phoenix, AZ 85044  
Teléfono: 480-759-1641 Fax: 480-656-0011

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE**

|   |                             |                      |
|---|-----------------------------|----------------------|
| Fecha de hoy: _____   | ¿Quién lo refirió? _____    |                      |
| Seguro Social: _____  | Fecha de Nacimiento: _____  | Edad: _____          |
| Nombre: _____   |                             |                      |
| Dirección: _____  |                             |                      |
| Ciudad: _____   | Estado _____                | Código postal: _____ |
| Teléfono de la casa: _____  | Teléfono del trabajo: _____ |                      |
| Teléfono celular/móvil: _____   | Email: _____                |                      |
| ¿A qué número puedo llamar para dejar un texto recordatorio de la cita? _____ |                             |                      |

|   |
|---|
| <b>¿Es Usted?</b> No estoy casado/a    Casado/a    Viviendo Juntos    Divorciado    Viudo    Separado |
| Nombre de la actual pareja / esposo/a: _____  |
| Nombre y edades de sus hijos/as: _____  |

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>Por favor de proporcionar un contacto de emergencia:</b> |                             |
| Nombre: _____   | Relación con usted: _____   |
| Teléfono de la casa: _____                                  | Teléfono del trabajo: _____ |
| Teléfono celular/móvil: _____                               | Email: _____                |

|  |                 |                  |
|--|-----------------|------------------|
| <b>¿Está bajo del cuidado de un médico, psiquiatra, u otro profesional de la salud mental?</b> |                 |                  |
| Nombre: _____  | Teléfono: _____ | Diagnosis: _____ |
| Nombre: _____  | Teléfono: _____ | Diagnosis: _____ |

|  |                               |                      |
|--|-------------------------------|----------------------|
| <b>Información sobre su seguro:</b>  |                               |                      |
| ¿Quién es el miembro del seguro primario?    Yo    Mi padre/madre    Mi pareja/cónyuge |                               |                      |
| Compañía del seguro: _____   | Código de autorización: _____ |                      |
| <b>Si el miembro no es usted, por favor proporcione información sobre el miembro:</b>  |                               |                      |
| Nombre del miembro primario del seguro: _____  |                               |                      |
| Empleador: _____   | Ocupación: _____              |                      |
| # del Seguro Social: _____   | Fecha de Nacimiento: _____    | Edad: _____          |
| Nombre: _____  |                               |                      |
| Dirección: _____   |                               |                      |
| Ciudad: _____  | Estado _____                  | Código postal: _____ |
| Teléfono celular/móvil: _____  | Email: _____                  |                      |