



Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Autorización de Seguros

Instrucciones: Si Usted tiene seguros, favor de completar el formulario e incluir una fotocopia de su tarjeta.

Información de Seguros

Nombre y Apellido(s) del asegurado: _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio del asegurado: _____
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ Número de Seguro Social o ITIN _____

Plan/Nombre de la Compañía de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número de grupo _____ Fecha de Vencimiento _____

% Deducible _____ ¿Ya ha alcanzado el deducible este año? Sí No

Incluya a cualquier individuo *recibiendo servicios* que pertenece a la póliza además del asegurado principal.

Nombre: _____ Relación _____ Fecha de nacimiento. _____ Seguro Social o ITIN _____

Nombre: _____ Relación _____ Fecha de nacimiento. _____ Seguro Social o ITIN _____

Nombre: _____ Relación _____ Fecha de nacimiento. _____ Seguro Social o ITIN _____

Nombre: _____ Relación _____ Fecha de nacimiento. _____ Seguro Social o ITIN _____

Autorización de pago de beneficios al proveedor de servicios:

Yo, autorizo el pago directo a la agencia *Catholic Charities*, el proveedor designado por cualquier servicio realizado de parte del proveedor.

(Firma) / (Fecha)

Autorización de divulgación de información:

Autorizo el proveedor designado, *Catholic Charities*, de divulgar cualquier información adquirida en el proceso de tratamiento necesario para realizar el reembolso del seguro.

(Firma) / (Fecha)

Uso Oficial

Nombre de Cliente Recibiendo Servicios _____

Relación del Asegurado _____

Nombre del consejero _____

Diagnóstico: Axis I _____ Axis II _____ Fecha de la primera sesión: _____