



Garnet J Nelson, LCSW
Licensed Clinical Social Worker -Life Coach

gar
netnelson@verizon.net

44121 Harry Byrd HWY, Suite 170, Ashburn, VA 20147
Número: 703-340-8936 Fax: 866-929-9306
garnetnelson@verizon.net

Formulario de información demográfica del cliente

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (Casa): _____

(Trabajo): _____ (Celular): _____

¿Puedo dejarle mensajes? Casa: __ Trabajo: __ Celular: __ ¿Qué medio de comunicación prefiere?

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Número de seguro social: _____

Raza/ Origen étnico: _____

Estado civil (Circule una): Nunca se casó/ Casado/Pareja/ Divorciado/ Separado/
Viudo/ Otro

Empleador: _____

Ocupación: _____

Educación: _____

Si procede, por favor escribe el nombre de la escuela a la que asiste:

Fuente de referencia:

¿Tengo su permiso para agradecer a esta persona por la referencia?

(Circule una)? Sí No

La información de contacto en caso de emergencia: _____



Garnet J Nelson, LCSW
Licensed Clinical Social Worker -Life Coach

gar
netnelson@verizon.net

¿A quién desea asignar como su persona de contacto en caso de emergencia?:

Número de teléfono: _____

Relación que tiene con usted: _____

Al firmar este formulario, usted indica su consentimiento para que nos comuniquemos con esta persona en caso de emergencia y cuando no haya podido comunicarme con usted directamente o en el caso de una emergencia.

¿Quien es su medico de atención primaria? _____

Número de teléfono del medico de atención primaria: _____

Información del seguro

Seguro médico: (Circule una) No Sí (Si la respuesta es Sí, especifique)

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación: _____

Nombre completo del asegurado: _____

El número de póliza: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

¿Cómo es su relación con el asegurado?: _____

Dirección del asegurado (si es distinto del cliente)

Firma

Fecha