

Dolores (Lolita) B. Grohmann, LMFT  
Terapeuta de matrimonio y familia-Lic. #MT 1891 Parque profesional de Bridgewater  
4913 Van Dyke Rd Lutz, Fl 33558 (813) 924-3491

## **Formulario de información del seguro de salud del cliente**

**Por favor complete y firme este formulario. Presente su tarjeta de seguro a su terapeuta. Se requiere una copia de su tarjeta.**

Apellido del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F Estado civil: Soltero Casado Otro Estado laboral: Empleado Estudiante Desempleado  
habla a: \_\_\_\_\_ ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Podemos contactarte en casa? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Sin celda? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Sin trabajo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Ocupación: \_\_\_\_\_

### **Asegurado primario:** (si es diferente al anterior)

Apellido del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Información del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) (si corresponde):**

Empresa EAP: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Autorización No / # Sesiones Autent: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

### **Información del seguro de salud mental / conductual:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
En s. Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_  
Autorización No / # Sesiones Auth: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Cantidad de copago: \_\_\_\_\_ Monto deducible: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de los beneficios del gobierno para mí o para Dolores B Grohmann, LMFT. Autorizo el pago de beneficios médicos a Dolores B Grohmann, LMFT por los servicios descritos en el formulario HCFA / CMS 1500.

---

Firma del cliente / padre / tutor

Fecha