

PLANTILLA DE FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ASESORAMIENTO DE CLIENTES

FECHA	ADMINISTRADOR

¿ES UN PACIENTE ANTERIOR?	REFERIDO POR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE		DIRECCIÓN POSTAL	
TELÉFONO CELULAR			
ALT. TELÉFONO			
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCIÓN DE TRABAJO	
N.º DE SOC SEC			
FECHA DE NACIMIENTO			

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO		RELACIÓN CON EL CLIENTE	
N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL		ALT. N.º DE TELÉFONO	

INFORMACIÓN DE SALUD

Describe el motivo de la visita inicial.

Describe su salud mental en general.

Revise cualquiera de las siguientes condiciones que le han generado un problema de salud.

ansiedad	padres	dolor autoinfligido	hueso roto		
depresión	niños	problemas financieros	sarampión	_____	_____
ira	dormir	lesiones en la cabeza	hepatitis	_____	_____
concentración	abuso	náuseas	tuberculosis	_____	_____
fobias	infantil	atención	dolor de cuello	_____	_____
comunicación	abuso	confianza en los	diabetes	_____	_____
drogas/alcohol	sexual	demás	reemplazo articular	_____	_____
	pesadillas	preocupación			

Especifique las condiciones indicadas anteriormente.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo.