

Forma De La Información Del Cliente

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Exactamente como aparece en su tarjeta de aseguransa

Genero: masculino femenino Raza: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____

Padre/Guardián: _____

Persona para Contactar en caso de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Seguro Social del Cliente: _____ - _____ - _____

Nombre del Seguro Médico: _____

BC/BS, Medicaid, Interactive Medical Systems, Health Choice, etc.

Número de Identificación del Seguro _____

Medicaid Recipient ID #

Medico: _____

Nombre de oficina del doctor que está en su tarjeta de Medicaid o aseguransa

Donde desea que se le de terapia a su hijo/a: Casa Guardería Escuela

Guardería: _____ Numero de teléfono de la guardería: _____

SLP Asignado al Paciente: _____

SLP-A Asignado al Paciente: _____

Direcciones hacia su casa: _____

Toda la información será guardada en una carpeta confidencial y no será compartida con ninguna persona o agencia sin su permiso o consentimiento para dar cualquier información. Gracias su-SSI

4260 Fayetteville Road (Upstairs)
P.O. Box 1288
Lumberton, NC 28359
(P) 910-671-9629
(F) 910-671-9630

714 Atkinson Street
Laurinburg, NC 28352
(P) 910-277-1588
(F) 910-277-1589

106 South Lee Street
Whiteville, NC 28472
(P) 910-640-0856
(F) 910-640-0857

4902 Main Street, Suite D
Shallotte, NC 28459
(P) 910-754-3484
(F) 910-754-3485

www.speechsolutionsinc.com