



Inspiring Talkers Therapy & Learning Center

10184 E. I-25 Frontage Rd.
Firestone, CO 80504
720-378-6670 Phone
303-557-9701 Fax
www.inspiringtalkers.com

Registro de información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____
Dirección: _____ Apartamento/P.O. Box: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Masculino/Femenino: _____
E-mail: _____ Nombre de su doctor: _____
Teléfono de su doctor: _____

Información de la Persona Responsable

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____
Dirección: _____ Apartamento/P.O. Box: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Condado: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Numero de Trabajo: _____
Fecha de nacimiento: _____ E-mail: _____

En caso de emergencia informen a:

Nombre: _____
Teléfono: _____ Relación: _____

¿Quién puede confirmar su cita con la agencia?:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____

Información sobre su seguro

Pago particular Seguro

Seguro #1: _____ El Nombre del Titular de la Poliza: _____
Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Poliza: ___/___/___
Numero de Poliza: _____ Domicilio de la compañía de seguros: _____
Grupo: _____ Numero Telefonico de la compañía: (____)_____-____

Seguro #2: _____ El Nombre del Titular de la Poliza: _____
Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Poliza: ___/___/___
Numero de Poliza: _____ Domicilio de la compañía de seguros: _____
Grupo: _____ Numero Telefonico de la compañía: (____)_____-____

****Por favor de proveer copias de sus tarjetas de aseguranza****