

*Sonidos de Luz*  
*Psicoterapia con un toque de sanación*  
*Aileen Nealie, LMFT, DCEP Lic# MFC 40154*

Información del cliente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género:       Masculino       Femenino    Seguro Social: \_\_\_\_\_

Estatus:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado (a)  Separado (a)  Viudo (a)

Edad: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_ Aseguranza: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_ (Especifique casa, oficina o celular)

Mejor hora para llamarle: \_\_\_\_\_ Autoriza usted a que  
dejemos un mensaje con nuestro nombre; con detalles; o no autoriza que dejemos ningún  
mensaje (Favor de circular uno) Autoriza a que se le envíen mensajes de texto? Si No

Nombre de su empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Razón de su visita:

---

---

---

---

Sufre usted de alguna condición médica o necesita usted tomar medicamentos que  
requieran atención especial? Si su respuesta es sí, por favor especifique:

---

---

---

Nombre de su doctor primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia yo autorizo a que la siguiente persona sea contactada:

Iniciales suyas: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

