



Client Account #

FOR OFFICE USE ONLY:

CAP-EAP Insurance Self-pay NONCAP-EAP Relative/Significant Other

Fecha de hoy:

Nombre del Cliente:		FDN:	NSS:	Edad:
Dirección:		Ciudad:		EST:
Número de teléfono de casa:		Número de teléfono de trabajo:		Número de celular:
Dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleador:		Ocupación:		Fecha cuando fue contratado:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Idioma: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> otro: _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Viudo/a				
Etnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Afro Americano/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Nativo Americano/a <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Otra: _____				
Educación que ha completado: <input type="checkbox"/> Grados 1-12 <input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universidad 1-4 años				
<input type="checkbox"/> Se graduó de la universidad <input type="checkbox"/> Escuela de posgrado				

Sólo para empleados del EAP

Relación al Cliente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Referido por: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Requerido por el/la Supervisor/a <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia	
<input type="checkbox"/> Recomendado por el/la Supervisor/a	
¿Cómo supo de programa EAP? <input type="checkbox"/> Folleto/Póster/Literatura <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> La Orientación de Empleados	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Tipo de paga: <input type="checkbox"/> Con sueldo fijo <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por comisión	Fecha que lo contrataron:
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Administración/Manejador/a <input type="checkbox"/> Ventas/Mercadeo <input type="checkbox"/> Operaciones/Mantenimiento	
<input type="checkbox"/> Profesional/Técnico <input type="checkbox"/> Secretario(a)/Apoyo <input type="checkbox"/> Labor/Manufactura <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Identifique el problema de trabajo (marque por lo menos uno): <input type="checkbox"/> Faltas/Llegar tarde <input type="checkbox"/> La Seguridad	
<input type="checkbox"/> Prueba de droga/alcohol positivo <input type="checkbox"/> Calidad/Cantidad de trabajo <input type="checkbox"/> N/A-Otro miembro de la familia <input type="checkbox"/> No existe problema de trabajo	

Sólo para clientes que pagan por sí mismo

Ingreso: <input type="checkbox"/> \$0 - 12,999 <input type="checkbox"/> \$13,000 - \$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999
<input type="checkbox"/> \$50,000 o más

Sólo para clientes asegurados o del programa EAP

Compañía de seguro o EAP: _____ Número de póliza _____
Número de teléfono de la compañía _____ Número de grupo _____

Sólo para clientes asegurados o del programa de EAP

Al firmar abajo, autorizo a OUTCOMES, INC. que divulgue cualquier información y beneficios necesarios para procesar mi reclamo de seguro y/o factura de EAP por servicios proveídos por OUTCOMES, INC. y autorizo pago directo a OUTCOMES, INC.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____