



**genesis therapy center**

Discovery...Recovery...Growth

|  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| Información de Indentificación   |                                     | Fecha de hoy:   |
| <b>FORMULARIO DE ADMISIÓN DE ADULTO</b>  |                                     |   |
| Nombre:  |                                     | Fecha de Nacimiento:  |
|  |                                     | Sexo:   |
| Dirección (calle):   |                                     | Cuenta con Discapacidad?  |
| Ciudad, Estado, Código Postal (Zip):   | Empleador/Es cuela:                 | Certificación #:  |
|  |                                     | Prccert #:  |
| Podemos agregar su email a nuestra lista de correos?<br>Si ( ) No( )<br>Email:           | Teléfonos:<br>Casa<br>Trab.<br>Cel. | Ha firmado la autorización para compartir información?<br>Si ( ) No ( ) |
| <b>INFORMACION SOBRE LA PERSONA ASEGURADA</b>  |                                     |   |
| Nombre:  | SSN:                                | Relación con el cliente:  |
| Dirección:   | Date of Birth:                      |   |
| Ciudad, Estado, Código Postal (Zip):   |                                     |   |
| Nombre de la compañía de seguros.:   | Grupo #:                            | I.D.#:  |
| Demográficos:  | -- Afro-americano<br>Caucásico      | - Hispano<br>Otro   |
| <b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>  |                                     |   |
| En caso de que se presentara alguna emergencia, a quién podemos contactar de su parte?   |                                     |   |
| Nombre:  | Numero de Teléfono:                 | Relación que tiene con usted (si la tiene):                             |
| Dirección:   | Estado:                             | Código Postal (Zip):  |
| <b>INFORMACIÓN FAMILIAR</b>  |                                     |   |
| Por favor complete la siguiente información con todas las personas con quien usted vive: |                                     |   |
| Nombre   | Relación que tiene con usted        | Edad  |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |
|  |                                     |   |

Cómo fué usted referido a The Genesis Therapy Center? \_\_\_\_\_

