* Formulario de Interés/ Interest Intake Form

Gracias por su interés en los servicios de Eagle Counseling. Por favor complete el formulario siguiente y nuestro director de ingreso le contactara en no más de 24 horas para proveerle una cita con uno de nuestros consejeros. Si tiene seguro médico, por favor tenga la información preparada para el proceso de ingreso. Su información se mantendrá **privada y confidencial**. No se comparte su información con otras agencias.

*Thank you for your interest in Eagle Counseling services. Please complete the form below. If you do not complete this form in it's entirety, your intake process may be delayed. Our intake coordinator will call you within the next business day to match you with one of our counselors and schedule an appointment.****Please have your insurance information available.***

Your information is **confidential** and will not be shared with any other entity.

Nombre/Your Name

Nombre/Name Apellido/Last Name

* Su E-mail/Your Email



* Como supo de nosotros?/How did you hear about us?



* Numero Telefónico/Your Phone Number

  -Código de Área/Area Code Numero Telefonico/Phone Number

* Su Dirección Física/Your Physical Address

|  |
| --- |
| Calle/Street Address |
| Información Adicional/Street Address Line 2 |
| Ciudad/City | Estado/State Provicina/Province |
|  |  |

* Fecha de Nacimiento/Your Date of Birth

  -Mes/Month   -Dia/Day Año/Year Date

* Quisiera usted escoger su propia cita?/ Do you want to set up an appointment for yourself?

Si/YesNo

* Si no para usted, cual es el nombre de la persona que necesita servicios?/ If no, please give the name of potential client

Nombre/First Name Apellido/Last Name

* Su relación al cliente que recibirá servicios/Your relationship to the potential client



* ¿Fecha de Nacimiento de la persona en necesidad de servicios?/ Potential Client Date of Birth

  -Mes/Month   -Dia/Day Año/Year 

* ¿Por favor describa en breve la razón por la cual desea consejería? \*/Please briefly give the reason that you are seeking counseling.



* Si planea usar un seguro médico, complete la información a continuación o téngalo listo para dárselo a nuestro asesor de admisión cuando le llamen. **Completar esta información ahora acelerará el proceso de programar su primera cita./** If you plan to use insurance, please fill out the below information or have it ready to give to our intake counselor when they call you. **Filling out this information now will speed up the process of scheduling your first appointment.**
* Nombre del Asegurado/a /Insured's Name

Nombre/Name Apellido/Last Name

Relación del asegurado al cliente que recibirá servicios/Insured's relationship to potential client



* Fecha de Nacimiento del Asegurado/ Insured's Date of Birth

  -Mes/Month   -Dia/Day Año/Year 

Nombre de Seguro Médico (Blue Cross, Cigna, Aetna, etc.)/ Insurance Company



Numero de Póliza/Contrato /Contract Number/Member ID



* Numero de Grupo/Group Number



Empleador del Dueño de Póliza/ Employer Name (of Insured)



Número telefónico del proveedor de abuso de sustancias y/o de salud mental en el reverso de la tarjeta de seguro médico/ Provider or mental health substance abuse number on the back of the insurance card



¿Tiene usted un seguro médico secundario?/ Is there a secondary insurance?

Si/YesNo

* Si tiene, por favor llenar la información requerida. Si no tiene, deje los espacios siguientes vacío./If yes, please fill out the below information for the secondary insurance policy. If no, leave blank.
* Nombre del Asegurado/ Dueño de Póliza secundaria /Secondary Insured's Name

Nombre/First Name Apellido/Last Name

* Relación del asegurado (póliza secundaria) al cliente que recibirá servicios/Secondary Insured's relationship to potential client



* Fecha de nacimiento del asegurado/dueño de la póliza/ Secondary Insured's Date of Birth

  -Mes/Month   -Dia/Day Año/Year 

* Nombre de Seguro Médico Secundario (Blue Cross, Cigna, Aetna, etc.)/ Secondary Insurance Company



* Numero de Póliza/Contrato Secundario/Secondary Contract Number/Member ID



* Numero de Grupo (póliza secundaria)/Secondary Group Number



* Empleador del Dueño de Póliza Secundaria/Employer Name (of secondary insured)



* Número telefónico del proveedor de abuso de sustancias y/o de salud mental en el reverso de la tarjeta de seguro médico secundario/Number on back of secondary insurance card (if available)



* 