

**Dra. Vanessa I. Boglio Martínez**  
**Psicóloga Clínica**  
**# Lic. 2629**

Cobian's Plaza. Suite Núm. 301  
Ave. Ponce de León # 1607  
Santurce, P.R. 00909

**HOJA INFORMATIVA**

**Nombre de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Seguro Social** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Femenino

**Plan Médico:** \_\_\_\_\_ **Número de Contrato** \_\_\_\_\_

**Número de Póliza ó Grupo** \_\_\_\_\_

**Nombre de Asegurado Principal** \_\_\_\_\_

**Seguro Social** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Femenino

**Compañía** \_\_\_\_\_

**Dirección Residencial:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dirección Postal:**  Marque aquí si es la misma.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Persona a cargo** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de Contacto:**

**Trabajo:**(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Residencia:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Familiar:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR DE NOTIFICAR A:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección Física:**

\_\_\_\_\_

**Del plan médico no haber cubierto o haberse negado a las tarifas para los servicios ofrecidos, me responsabilizaré por los mismos.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de padre, madre, encargado/a  
o paciente**