



## REQUEST FOR SERVICES - ADMISSION SCREENING

### Solicitud de servicios – selección de a misión

**Date of Request:** \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud

**Time of Request:** \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud

**Staff Receiving Request:** \_\_\_\_\_

Personal que recibe la solicitud

**Name of Person Requesting Services:** \_\_\_\_\_

Nombre de la Fuente de referencia/agencia

**Phone:** \_\_\_\_\_

Teléfono

**Referral Source Name/Agency:** \_\_\_\_\_

Nombre de la fuente de referencia/Agencia

**Phone:** \_\_\_\_\_

Teléfono

**How soon does the patient need in?:** \_\_\_\_\_

¿Qué tan pronto necesita el paciente?

**Client Name:** \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente

**DOB:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

**Age:** \_\_\_\_\_

Edad

**SS#:** \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social

**Phone:** \_\_\_\_\_

Numero de telefono:

**Address:** \_\_\_\_\_

Dirección

**County:** \_\_\_\_\_

Condado

**Gender:** \_\_\_\_\_

Genero

**Race:** \_\_\_\_\_

Raza

**Former Client?: YES NO**

Antiguo cliente?: Si

**If Child, Name of School (Preschool, Elementary, Middle, High School):** \_\_\_\_\_

Si es Niño: Nombre del la escuela (Preescolar, Primaria, Secundaria)

**If Adult, Employed?: YES NO**

Si es adulto, Empleado?

Si

**Name of Employer:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

**Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_

Padre/Tutor

**PCP Name:** \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor

**Phone:** \_\_\_\_\_

Nombre

**Method of Payment: Medicaid:** \_\_\_\_\_

Forma de pago

**Other:** \_\_\_\_\_

Otro

**Medicaid/Insurance ID:** \_\_\_\_\_

Identificación del Seguro

**Private Insurance: Policy Holder Name:** \_\_\_\_\_

Seguro privado

Nombre del titular de la póliza

**Group:** \_\_\_\_\_

Grupo

**Presenting Problems/Reason for Request:**

Presentación del problema/Razón de la solicitud

Please email to [admission@impactcounselingclinic.com](mailto:admission@impactcounselingclinic.com) or  
fax to (870) 825-2060

Beneficiary Name:

Date of Birth:

AR#: