

INFORMACION DE CLIENTE

INSTRUCCIONES: La informacion que usted incorpora a este cuestionario es confidencial y protegida por Abogado-cliente Privilegio. La informacion no sera divulgada a cualquier persona fuera de esta oficina, excepto en el curso de rendir servicios juridicos en su favor, o a menos que sea requerida de otra manera por la ley.

Fecha: _____

CLIENTE

NOMBRE: _____

Direccion de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Condado: _____

Numero de Telefono : _____ Numero Celular: _____

Numero de Securo Social: _____ Numero de licencia: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____

EMPRESARIO: _____

Direccion de trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Numero de Telefono: _____

¿Que tando tiempo ha trabajado aqui? _____

¿Que es su trabajo: _____ Sueldo: \$ _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Direccion de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Numero de Telefono: _____

¿Quién le refirio a esta oficina?: _____

¿Cómo oyo usted de nuestra oficina? _____

¿Usted consulto o conservo a otro abogado antes de venir aquí hoy?

INFORMACION DE LA OTRA PERSONA

Nombre: _____
Direccion de Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Condado: _____
Numero de Telefono: _____Numero Celular: _____

Numero de Seguro Social.: _____ Numero de licencia: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____

EMPRESARIO: _____
Direccion de Trabajo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____

¿Qué tanto tiempo ha trabajado esta persona aquí? _____
¿Qué es el sueldo de esta persona? _____

INFORMACION de sus NINOS

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social.: _____