

PATIENT INFORMATION/ DATOS DEL PACIENTE

Patient's Name (Nombre y Apellido del Paciente)		Place of Birth (Lugar de Nacimiento)	Social Security # (Número de Seguro Social)	Sex (Sexo)	Today's Date (Fecha)
				Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	
Local Address (Domicilio)	Apt. # (Apto.)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)	Telephone (Teléfono)
Email Address (Correo Electronico)			Cell Phone (Celular)		
Race American Indian/Alaska Asian Native Hawaiian/Pacific Islander Black/African American White Hispanic Other Declined					
Ethnicity Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Other Declined					
Language English Spanish Indian Japanese Chinese Korean French German Russian Other _____					
Employer Name (Nombre del Empleador)		Address (Dirección)			Phone (Teléfono)
Spouse (Nombre del Cónyuge)				Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	
Spouse Employer (Nombre del Empleador del Cónyuge)			Title (Cargo)		Phone (Teléfono)
Address (Dirección)		City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)	
Name of Primary Care Physician/Doctor (Nombre de Medico Primario)			Referring Physician/Doctor (Nombre de Medico que solicita consulta)		
Address (Dirección)		Telephone # (Teléfono)	Address (Dirección)		Telephone # (Teléfono)
Was illness or injury due in any way to: (Fue su enfermedad o herida de alguna manera relacionada con):			Do you have an Advanced Directive (Living Will) (¿Dió instrucciones por anticipado?)		
Workers Comp Accident (Accidente laboral)			Yes (Si)	No	Yes No _ Sí No
Auto Accident (Accidente automovilístico)			Yes (Si)	No	
Other Accident (Otro tipo de accidente)			Yes (Si)	No	
If yes, give details (Si contestó sí a alguna opción, sírvase dar más información en Comentarios)			What medication is patient allergic to? (¿A qué medicina(s) es alérgico(a)?)		
Primary Health Insurance Information (Información del Seguro de Salud Primario)			Secondary Health Insurance Information (Información del Seguro de Salud Secundario)		
Insurance Co. (Compañía de Seguros)			Insurance Co. (Compañía de Seguros)		
Address (Dirección)			Address (Dirección)		
City/State/Zip (Ciudad/Estado/Código Postal)			City/State/Zip (Ciudad/Estado/Código Postal)		
Telephone (Teléfono)			Telephone (Teléfono)		
Policy No. (Número de Poliza)			Policy No. (Número de Poliza)		
Group Name or # (Nombre o Número de Grupo)			Group Name or # (Nombre o Número de Grupo)		
Is this an Employer Plan? (¿Es éste un Seguro Médico de su Empleador?)			Is this an Employer Plan? (¿Es éste un Seguro Médico de su Empleador?)		
Name of Insured (Nombre del Asegurado)			Name of Insured (Nombre del Asegurado)		
Insured's Relationship to Patient (Relación del Asegurado con el Paciente)			Insured's Relationship to Patient (Relación del Asegurado con el Paciente)		
Insured's Date of Birth (Fecha de Nacimiento del Asegurado)		Social Security (No. Seguro Social)	Insured's Date of Birth (Fecha de Nacimiento del Asegurado)		Social Security (No. Seguro Social)
Emergency Contact, other than someone living with you (Contacto para una emergencia, de una persona que no viva con usted)					
Name (Nombre y Apellido)		Telephone # (Teléfono)	Relationship (Vínculo)		
Home Address (Domicilio particular)		City (Ciudad)	State (Estado)	Zip (Código Postal)	
I authorize the release of any payment & medical information necessary to process this claim. The information provided on this form is true & accurate to the best of my knowledge. (Autorizo pagos e información médica necesaria para procesar esta reclamación. La información suministrada en este formulario es válida y correcta a mi leal saber.)					
I have received, read and understand my patient "Right & Responsibilities". (Recibí, leí, y entendí el documento "Derechos y Responsabilidades de los Pacientes".)					
Consent to Medical Care. (Yo autorizo a recibir cuidado médico).					
Signature of Patient/Guarantor (Firma del Paciente /Garante)					
X					