

Patient Information

Last name/Apellido: \_\_\_\_\_ First name/Nombre: \_\_\_\_\_

Gender/Genero:  Male/Hombre  Female/Mujer Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

S.S. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_

Patient type/Tipo de Paciente:  Adult/Adulto  Pediatric/Pediatrico

Only for pediatric patients/Solo para pacientes pediátricos

Guardian's Name/Nombre del Guardian: \_\_\_\_\_ Phone/Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Single/Soltero  Married/Casado  Divorced/Divorciado  Widowed/Viudo

Address/Direccion: \_\_\_\_\_ (Apt# \_\_\_\_\_)

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Country/Pais: \_\_\_\_\_ Zip code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Phone/Telefono #: (HM) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (CELL) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(email) \_\_\_\_\_

Emer Cont/Cto. De Emer: \_\_\_\_\_ TEL:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relationship/Relacion: \_\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupacion: \_\_\_\_\_

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

Referred by/Referido por: \_\_\_\_\_

Self pay

Primary Ins. Info./Info. de Seguro Primario ID#: \_\_\_\_\_ Group/Grupo#: \_\_\_\_\_

Policyholder Name/ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ DOB/FND: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pat. Relationship to Ins./ Relacion del paciente con el seguro: \_\_\_\_\_

2nd Ins. Info./ Info. De seguro secundario ID#: \_\_\_\_\_ Group/Grupo: \_\_\_\_\_

Name of fin. Resp. Person/ Nombre de la persona respons financieramente: \_\_\_\_\_

Signature/Firma: \_\_\_\_\_

What medications are you taking now? Que medicamentos esta tomando actualmente?

Allergic to/ Alergico a:

\_\_\_\_\_

Prefer Pharmacy/Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Phone/Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Prefer Language/Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

I authorize the release of any medical records or other information necessary to process my medical claims. I request payment medical benefits to the physicians mentioned below who accept assignment. // Yo autorizo la entrega de mi historia clínica u otra información necesaria para procesar mis reclamaciones medicas. Yo pideo que se le pague por los servicios que recibire a los medicos listados debajo.

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature/ Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Date/ Fecha