

TODAY'S DATE: _____

Patient's Name: _____ **D.O.B:** _____ **CHART #:** _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de nacimiento)

S.S.N (Only for patients with Medicare): _____
(Numero de Seguro Social, solo para pacientes con Medicare)

Gender: M F **Marital Status:** Single Married Widowed Divorced
(Genero) (Masculino) (Femenino) (Estado Marital) (Soltero(a)) (Casado(a)) (Viudo(a)) (Divorciado(a))

Address: _____ **City** _____ **State** _____ **Zip Code** _____
(Direccion) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Home Phone #: _____ **Cell #** _____
(Numero del telefono de Casa) (Numero de Celular)

Employer: _____ **Phone#:** _____ **Occupation:** _____
(Nombre del Lugar de trabajo) (Numero de Telefono) (Ocupacion)

Employer Address: _____ **City** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(Direccion del Trabajo) (Cuidad) (Estado) (Codigo Postal)

In case of Emergency we should contact: _____ **Phone#** _____
(En Caso de Emergencia, nosotros debemos contactar a:) (Numero de Telefono)

Relationship: _____
(Relacion con Ud.)

Primary Doctor Name: _____
(Nombre Del Doctor Primario)

Address: _____ **Phone #:** _____
(Direccion) (Numero de telefono)

Referred by or how did you find us? : _____
Ud. fue referido por o como nos encontro a nosotros? :

List of Medicines: _____
(Lista de Medicinas)

Primary Insurance: _____ **Are you the insured? Yes No**
(Seguro Primario) (Ud. Es el asegurado) (Si) (No)

Insured Information:
(Informacion del Asegurado)

Subscriber Name: _____ **Relationship to Insured: Spouse Child Self**
(El Nombre Del Suscriptor) (Relacion con el Asegurado) (Esposa(o)) (Hijo(a)) (Ud. mismo)

Phone #: _____ **Sex: Male Female** **DOB:** ____/____/____
(Numero de Telefono) (Sexo) (Masculino) (Femenino) (Fecha de Nacimiento)

Address: _____
(Direccion)

Policy ID: _____ **Employer:** _____
(Numero de Poliza) (Nombre del lugar de trabajo)

Secondary Insurance: _____ **Are you the insured? Yes No**
(Seguro Secundario) (Ud. Es el asegurado) (Si) (No)

Insured Information:
(Informacion del Asegurado)

Subscriber Name: _____ **Relationship to Insured: Spouse Child Self**
(El Nombre Del Suscriptor) (Relacion con el Asegurado) (Esposa(o)) (Hijo(a)) (Ud. mismo)

Phone #: _____ **Sex: Male Female** **D.O.B:** ____/____/____
(Numero de Telefono) (Sexo) (Masculino) (Femenino) (Fecha de Nacimiento)

Address: _____ **Policy ID:** _____ **Employer:** _____
(Direccion) (Numero de Poliza) (Nombre del lugar del trabajo)

PLEASE READ AND SIGN: _____ **Date: (Fecha)** _____

The above information is correct to the best of my knowledge. I understand that throughout my treatment, I am responsible notifying the physician and/or medical staff of any and all updates to the information listed above.

(La informacion de arriba es correcta con todo mi conocimiento .Yo entiendo que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de comunicar al medico / o a los empleados del medico de alguna actualizacion de la informacion listada arriba)