

# Jorge L. Rincon, MD, FACS

General, Laparoscopic & Bariatric Surgery

## Patient Information Form

**Patient Name** \_\_\_\_\_ **Male** \_\_\_\_\_ **Female** \_\_\_\_\_  
(Nombre de Paciente) (Masculino) (Femenino)

**Permanent Address** \_\_\_\_\_  
(Dirección Permanente)

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip Code** \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código)

**Home Phone** \_\_\_\_\_ **Alt. Phone/ Cell** \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Teléfono celular)

**Email Address** \_\_\_\_\_  
(Correo Electronic)

**Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Patient's Social Security #** \_\_\_\_\_ **Marital Status** \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento) (Edad) (Seguro Social) (Estado Matrimonial)

**Drivers license#/ State** \_\_\_\_\_ **Referred by/or Primary Care Dr.** \_\_\_\_\_  
(Numero de Licencia de Conducir/Estado) (Referido porlo su Doctor Primario)

**Referring Dr. Telephone** \_\_\_\_\_  
(Teléfono de Doctor)

**Patients Employer** \_\_\_\_\_ **Occupation** \_\_\_\_\_  
(Empleador del Paciente) (Ocupación)

**Employers Address** \_\_\_\_\_ **Work Phone** \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Teléfono)

**Spouse's Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_  
(Nombre de Espos(a)) (Fecha de Nacimiento)

**Social Security #** \_\_\_\_\_ **Spouse's Employer** \_\_\_\_\_ **Telephone** \_\_\_\_\_  
(Seguro Social) (Empleador De Espos(a)) (Teléfono)

**Emergency Contact (not living with patient) - Información de un Familiar o Amigo (que no vive con el paciente)**

**Name** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Telephone** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

**Responsible Party Information - Please complete if someone else other that patient is responsible for payment.**

(Información de la Persona Responsable- Por favor complete si el Paciente no es responsable de pagar su cuenta)

**Name** \_\_\_\_\_ **Address** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección)

**Telephone** \_\_\_\_\_ **Relation to Patient** \_\_\_\_\_  
(Teléfono) (Relación al Paciente)

I've completed this form & certify that I'm the Patient or duly authorized to furnish the information requested. I understand that even though I have some type of Insurance coverage, I'm responsible for payment of services. Assignment of Benefits: I request that payment of authorized benefits be made directly to the designated person or facility, such as a physician.  
(He completado esta información y certifico que soy el Paciente o persona autorizada para dar la información requerida. Comprendo que aunque tengo segura, soy responsable de pagar por los servicios recibidos. )

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Parent/ Responsible party

\_\_\_\_\_  
Date