



PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)

Full Legal Name (Patient) _____ Sex: _____ Date of Birth: _____
(Nombre Completo) Last (Apellido) First (Nombre) M (Sexo) (Fecha de Nacimiento)

Social Security Number: _____ Referring MD(who referred you?) _____
(# De Seguro Social) (Médico que lo recomendó)

Mailing Address (Street & PO Box): _____
Dirección (Calle y PO Box)

City: _____ State: _____ Zip: _____ Home Phone: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Teléfono de casa)

Occupation: _____ Work Phone: _____ Employer's Name: _____
(Ocupación) (Teléfono de Trabajo) (Nombre del Empleador)

Cell Phone: _____ Would you like this listed as your primary contact number? Yes No
(Número de Celular) (¿Este es su número principal?) Si No

Email Address: _____
(Correo Electrónico)

Emergency Contact: _____ Relationship: _____
(Contacto En Caso de Emergencia) (Relación)

Address: _____ Phone#: _____
(Dirección) (Teléfono)

If patient is a minor: Father's Name: _____ Mother's Name: _____
(Si el paciente es menor): (Nombre del padre) (Nombre de la madre)

Father's work phone: _____ Mother's work phone: _____
(Teléfono de trabajo del padre) (Teléfono de trabajo de la madre)

Race: [] Alaska Native (Nativa de Alaska) [] American Indian (India Americana) [] Asian (Asiática)
(Raza) [] Black or African-American (Africana Americana) [] Native Hawaiian (Hawayana)
[] Other Pacific Islander (Otra de las islas del Pacífico) [] White Caucasian (Blanca Caucásica)
[] Refuse to answer (Rehúsa contestar)

Ethnicity: [] Hispanic/Latino (Hispano/Latino) [] Non-Hispanic/No-Latino (No-Hispana/No-Latino)
(Etnicidad): [] Refuse to answer (Rehúsa contestar)

Preferred Language: [] English (Inglés) [] Spanish (Español) [] Russian (Ruso) [] German (Alemán) [] French (Francés)
(Idioma Preferido) [] Italian (Italiano) [] Other, please specify (Otro, Favor de Especificar) _____

INSURANCE INFORMATION: Please fill out the information below if the patient is not the primary on the insurance plan.
INFORMACION DE SEGURO MEDICO: Por favor incluya la información de la persona responsable en su seguro.

We participate with many insurance companies. If your insurance company is one with whom we participate, we must have complete and current information in order to process your claim.

Nosotros participamos con muchas compañías de seguro médico. Si su compañía es una de las participantes debemos tener información completa y actual para procesar su cuenta.

Name of person to whom the policy is issued: _____
(Nombre del Asegurado)

Policy holder's date of birth: _____ Policy holder's social security number: _____
(Fecha de Nacimiento del Asegurado) (# de seguro social del asegurado)

Please be sure to bring your insurance card and photo id to your appointment in order to ensure proper coverage is obtained.