

PATIENT INFORMATION

DATE _____
Fecha _____
LANGUAGE _____
Idioma _____

TO SEE DR.: _____ REFERRED BY: _____
¿A qué doctor viene a ver? ¿Quién lo refirió a esta consulta?

PATIENT'S LAST NAME _____ FIRST _____ INT _____
Apellido Nombre

ADDRESS _____ ZIP CODE _____
Dirección

TELEPHONE # _____ SINGLE _____ MARRIED _____ STUDENT _____ OTHER _____
Teléfono Soltero Casado Estudiante Otro

MALE _____ FEMALE _____ DATE OF BIRTH _____ AGE _____
Masculino Femenino Fecha de Nacimiento Edad

PATIENT'S S.S. # _____ SCHOOL NAME _____
Seguro Social del Paciente Nombre del Colegio

IF MINOR, PARENT'S NAME _____ PARENT'S S.S. # _____
Si es menor, nombre del padre Seguro Social del Padre

PLACE OF EMPLOYMENT (Parent's if minor) _____
Lugar de empleo (empleo del padre, si es menor de edad)

ADDRESS OF EMPLOYER _____ OCCUPATION _____
Dirección del Empleador Ocupación

TELEPHONE # EMPLOYER _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____
Teléfono del empleador Relación al Paciente

IS THIS CONDITION RELATED TO AN ACCIDENT? YES _____ NO _____ DATE OF ACCIDENT _____
¿Es esta condición relacionada a un accidente? Si No Día del accidente

IF YES, TYPE OF ACCIDENT: AUTO _____ HOME _____ EMPLOYMENT _____
Si es un accidente, ¿Qué tipo? Auto Casa Trabajo

OTHER _____
Otro

DATE OF ACCIDENT OR ILLNESS _____ IF HOSPITALIZED DATE _____
Día en que comenzó el accidente o enfermedad Si fue hospitalizado, ¿Que día?

INSURANCE INFORMATION

FIRST INSURANCE NAME: _____ ADDRESS: _____
Nombre del primer Seguro Dirección

POLICY # _____ GROUP # _____
Número de Póliza Número de Grupo

INSURED'S NAME _____ DATE OF BIRTH _____ S.S. # _____
Nombre del asegurado Fecha de Nacimiento Número Social

SECONDARY INS. NAME _____ ADDRESS _____
Segundo Seguro Dirección

POLICY # _____ GROUP # _____
Número de Póliza Número de Grupo

INSURED'S NAME _____ DATE OF BIRTH _____ S.S. # _____
Nombre del asegurado Fecha de Nacimiento Número Social

RELATIONSHIP TO PATIENT _____
Relación al Paciente

PHYSICIAN'S RELEASE & ASSIGNMENT

I hereby authorize payment directly to _____ of benefits due to me from my insurance company other wise payable to me. I further authorize the release of any medical information required by my insurance carrier(s). A copy of this authorization may be used in lieu of the original.

I authorize any holder of medical or other information needed for this or a related Medicare claim. I request payment of medical insurance benefits either to myself or to the party who accepts assignment.

I understand that I am financially responsible for charges not covered by this authorization.

PATIENT'S SIGNATURE _____
 Firma del Paciente