

 **PRIMARY HEALTHCARE ASSOCIATES**

Patient Name: _____ **DOB:** ____/____/____
Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

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

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

Employer (Empleado): _____

Work Phone (# de Trabajo): _____ **Position (Posicion):** _____

In case of emergency, what person should be notified? _____ **Relationship:** _____
(A quien llamar en caso de emergencia?) (Nombre) (Relacion)

Phone Number (# de telefono-Dia): _____ **Evening (# de telefono-Noche):** _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Aseguranza Primaria) (# de Poliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____ **DOB:** ____/____/____
(Asegurador) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

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

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

Employer (Empleado): _____ **Work Phone (# de Trabajo):** _____ **Job Position (Posicion):** _____

Relationship to patient (Relacion): Self (Yo) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo/a) Other (Otro)

Secondary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Aseguranza Secundario) (# de Poliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____ **DOB:** ____/____/____
(Asegurador) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Inicial) Month / Day / Year

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

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

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

Employer (Empleado): _____ **Work Phone (# de Trabajo):** _____ **Job Position (Posicion):** _____

Relationship to patient (Relacion): Self (Yo) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo/a) Other (Otro)

Please read the following and sign in the space provided

I understand that all fees or charges are payable at the time the professional services are given. I authorize my insurance carrier to pay for these services and I agree to pay for charges not covered by insurance. I authorized **Primary HealthCare Associates, Inc.** to release any medical information upon the request of my Health Insurance Company.

Entiendo que de haber algun cargo se cobrara en el momento del dia de la cita. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar por estos servicios y estoy de acuerdo en pagar los gastos no cubiertos por el seguro. Yo autorizo a **Primary HealthCare Associates, Inc.** , proveer cualquier información médica a petición de mi compañía de seguros de salud.

Signature of Patient (Firma)

Signature of Responsible Party

Date (Fecha)