



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 (Patrono): _____

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 #: _____
(Seguro Primario) (# 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 (Patrono): _____ 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 #: _____
(Seguro 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 (Patrono): _____ 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)