

PATIENT INFORMATION (DATOS DEL PACIENTE)

Patient's Name (Nombre Y Apellido Del Paciente)		Place of Birth (Lugar De Nacimiento)	Social Security # (Seguro Social No.)	Sex (Sexo)	Date of Birth (Fecha De Nacimiento)	Today's Date (Fecha)
Local Address (Domicilio)		Apt # (Apto.)	City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code(Código Postal)	Phone (Teléfono) Email
Mother's Name (Nombre de la madre)		Address (Dirección)		Phone (Teléfono)		Cell (Celular)
Mother's SS# (Seguro Social No.)	Birth Date (Fecha de nacimiento)	Employer (Empleador)			Position (Puesto)	
Address Of Mother's Employer (Dirección)					Phone (Teléfono)	
Father's Name (Nombre del padre)		Address (Dirección)		Phone (Teléfono)		Cell (Celular/)
Father's SS# (Seguro Social No.)	Birth Date (Fecha de nacimiento)	Employer (Empleador)			Position (Puesto)	
Address Of Father's Employer (Dirección del Empleador del Padre)				Phone (Teléfono)		
Name Of Primary Care Physician (Nombre De Médico Primario)						
Address (Dirección)				Phone # (Teléfono)		
Date Of Onset Of Illness Or Injury (Fecha de Inicio de la Enfermedad o Lesión)			Area Of The Body To Be Examined (Partes del Cuerpo a Examinar)			
Remarks (Comentarios)			Due to our affiliation with Broward County CSAD we ask you provide the following info for our mandatory reporting (Debido a nuestra afiliación con la CSAD del Condado de Broward le pedimos a usted que brinde la siguiente información para nuestro informe obligatorio): Annual Income (Ingreso Anual): Race (Raza): Ethnicity (Grupo Étnico):			
What Medication Is Patient Allergic To? (¿A Qué Medicina(S) Es Alérgico(A)?)						
Primary Health Insurance Information (Información De Seguro De Salud Primario)			Secondary Health Insurance Information (Información De Seguro De Salud Secundario)			
Insurance Co (Compañía De Seguros)			Insurance Co (Compañía De Seguros)			
Address (Dirección)			Address (Dirección)			
City/State/Zip (Ciudad/Estado/ Código Postal)			City/State/Zip (Ciudad/Estado/ Código Postal)			
Phone (Teléfono)			Phone (Telefono)			
ID# (Póliza No)			ID# (Póliza No.)			
Group Name Or # (Nombre O No. De Grupo)			Group Name Or # (Nombre O No. De Grupo)			
Is This An Employer Plan? (¿Es Éste Un Seguro Médico De Su Empleador?)			Is This An Employer Plan? (¿Es Éste Un Seguro Médico De Su Empleador?)			
Name Of Insured (Nombre Del Asegurado)			Name Of Insured (Nombre Del Asegurado)			
Insured Relationship To Patient (Vínculo Del Asegurado Con El Paciente)			Insured Relationship To Patient (Vínculo Del Asegurado Con El Paciente)			
Insured Date Of Birth (Fecha De Nacimiento Del Asegurado)		Social Security # (Seguro Social No.)		Insured Date Of Birth (Fecha De Nacimiento Del Asegurado)		Social Security # (Seguro Social No.)
Emergency Contact, Other Than Someone Living With You (Contacto De Urgencia, De Una Persona Que No Viva Con Usted)						
Name (Nombre Y Apellido)		Phone# (Teléfono)		Relationship (Vínculo)		
Home Address (Dirección)			City (Ciudad)		State (Estado)	Zip (Código Postal)
I Authorize The Release Of Any Payment & Medical Information Necessary To Process This Claim. The Information Provided On This Form Is True & Accurate To The Best Of My Knowledge. (Autorizo Pagos E Información Médica Necesaria Para Procesar Esta Reclamación. La Información Que Di En Este Formulario Es Válida Y Correcta A Mi Leal Saber.) I Have Received, Read And Understand My Patient "Rights & Responsibilities" and the "Hand & Respiratory Hygiene Education. (Recibí, Lei Y Entendí El Documento "Derechos De Los Pacientes y "Educación para la higiene de las manos y vias respiratorias") I consent to Medical Care. (Yo autorizo ha recibir cuidados medico.)						
Signature of Patient/Guarantor (Firma Del Paciente/Garante.)						