

New Patient Form (Formulario de Paciente Nuevo)

Patient Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Race:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Raza)

Ethnicity: _____ **Primary Language:** _____ **Marital Status:** _____
(Etnia) (Lenguaje Primario) (Estado Civil)

Address: _____
(Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Email:** _____
(Teléfono de Casa) (Teléfono Celular) (Correo Electrónico)

Employer: _____ **Work Phone:** _____
(Patrono) (# de Trabajo)

In case of emergency, what person should be notified? _____
(¿A quien llamar en caso de emergencia?) Name (Nombre)

_____ **Relationship to Patient (Relación)** _____ **Day-time Phone (Teléfono de Día)** _____ **Evening Phone (Teléfono de Noche)** _____

Primary Insurance Information (Información de Seguro Primario)

Primary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Seguro Primario) (# de Póliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Marital Status:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Estado Civil)

Address: _____
(Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

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

Employer: _____ **Job Position:** _____
(Patrono) (Posición)

Relationship to Patient: _____ **Self (Yo)** _____ **Spouse (Espos/a)** _____ **Child (Hijo/a)** _____ **Other (Otro)** _____
(Relación)

Secondary Insurance Information (Información de Seguro Secundario)

Secondary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Seguro Primario) (# de Póliza) (# de Grupo)

Insured Name: _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle Initial (Inicial)

DOB (mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ **Age:** _____ **Sex:** _____ **Marital Status:** _____
(Fecha de Nacimiento) Month (Mes) Day (Día) Year (Año) (Edad) (Sexo) (Estado Civil)

Address: _____
(Dirección) Street/PO BOX/Apt # (Calle) City (Ciudad)

_____ **Social Security Number:** _____
State (Estado) Zip Code (Codigo Postal) (Seguro Social)

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

Employer: _____ **Job Position:** _____
(Patrono) (Posición)

Relationship to Patient: _____ **Self (Yo)** _____ **Spouse (Esposo/a)** _____ **Child (Hijo/a)** _____ **Other (Otro)** _____
(Relación)

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 authorize **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 día 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 salud.

Patient Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del Paciente) (Fecha)

Signature of Responsible Party: _____
(Firma del Responsable)