

**Patient Demographics**

**PLEASE PRINT! ALL SECTIONS MUST BE COMPLETELY FILLED OUT!**

Patient's Full Legal Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Sex: M F SS#: \_\_\_\_\_ Marital Status: S M Driver's Lic #: \_\_\_\_\_

Ethnicity:  Hispanic/Latino  Non-Hispanic/Latino  Unknown  Other

Race:  American Indian  Asian  Black/African American  Multi racial  Native Hawaiian  Other Pacific Islander  Other  
 Unknown  White Preferred Language: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Complete Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Complete Residential Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Complete Name of Employment: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Complete Employment Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Employment Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_

Insurance Name: \_\_\_\_\_ Name Of Policy Holder: \_\_\_\_\_

Policy #: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Local pharmacy of choice: \_\_\_\_\_ Mail-in pharmacy of choice: \_\_\_\_\_

In Case of Emergency Notify: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Complete Residential Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Who may we thank for your referral:  Relative/Friend: \_\_\_\_\_  Flyer  Insurance Directory  Internet  Other \_\_\_\_\_

**THIS SECTION MUST BE FILLED IF PATIENT IS NOT THE POLICY HOLDER OF INSURANCE COVERAGE OR IF THE PATIENT IS A MINOR.**

Full Legal Name: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Driver's Lic #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Complete Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Complete Residential Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Complete Name of Employment: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Complete Employment Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Employment Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_

**I UNDERSTAND THAT SOME MEDICAL SERVICES MAY NOT BE COVERED BY MY INSURANCE, & THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR THESE SERVICES. FURTHERMORE, I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL MEDICAL SERVICES PROVIDED TO ME REGARDLESS OF INSURANCE COVERAGE.**

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**I CERTIFY THAT THE PATIENT NAMED ABOVE DOES NOT HAVE SECONDARY INSURANCE COVERAGE.**

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**PLEASE BRING ALL YOUR MEDICATIONS TO EVERY APPOINTMENT.**



**Datos Demográficos del Paciente**

**¡USAR LETRA DE MOLDE! ¡TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER LLENADAS POR COMPLETO!**

Nombre Legal Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F # SS: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C #Lic de manejar: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Desconocido Otro

Raza: Indio Americano Asiático Negro/Afro Americano Multi racial Nativo de Hawái Isleño del Pacifico Otro  
Desconocido Blanco Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal completa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección residencial completa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre complete de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

# De Póliza: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Preferencia de farmacia local: \_\_\_\_\_ Preferencia de farmacia de correo: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección residencial completa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

A quien agradecemos por su referencia: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR COMPLETO SI EL PACIENTE NO ES EL TITULAR DE LA PÓLIZA O SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD.**

Nombre Legal Completo: \_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_ #Lic de manejar: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal completa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección residencial completa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre complete de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Empleo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_

**YO ENTIENDO QUE ALGUNOS DE LOS SERVICIOS PUEDEN SER NO CUBIERTOS POR MI SEGURO MÉDICO, Y QUE YO SOY RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR ESTOS SERVICIOS. ADEMÁS, YO ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS A MI INDEPENDIEMENTE DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**YO CERTIFICO QUE EL PACIENTE NOMBRADO ARRIBA NO TIENE SEGURO MÉDICO SECUNDARIO.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**FAVOR DE TRAER TODOS SUS MEDICAMENTOS A CADA CITA.**