

Patient Information/ Informacion Del Paciente

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre del Paciente Last/Apellido First/Nombre Middle/Segundo Nombre Fecha De Nacimiento

M () F () Single/Soltero () Married/ Casado () Minor/Menor de Edad ()

Social Security Number: _____ Driver's License Number: _____

Numero De Seguro Social Numero De Licencia

Current Address: _____

Domicilio Number & Street City/State Zip
Numero y Calle Ciudad/ Estado Codigo Postal

Home Phone () _____ Cell Phone () _____

Telefono De Casa Numero de Celular

Where you refer to our clinic? Yes/Si Who is your primary doctor? _____

Fue referido a nuestra clinica? Quien es su doctor de cabecera?

What Pharmacy are you going to use? _____

Nombre de farmacia que va usar?

Email: _____

Correo Electronico

Occupation/Ocupacion: _____

Patient's Employer: _____ Phone () _____

Empleo del Paciente Telefono

Employer address _____

Direccion de empleo

Is this a work related injury? Yes/Si No Date of injury: _____

Es esta una lecion relacionada con el trabajo? Fecha de lecion

If Yes Adjuster's name: _____ Adjuster phone number: _____

El nombre del ajustador Nnumero telefonico del ajustador

Emergency Contact: _____ Phone () _____

Contacto de Emergencia Telefono

Insurance / Seguro Medico Yes/Si No

Primary Insurance / Aseguranza Primaria: _____

Relationship to patient insured: Self Spouse Child Other(explain): _____

Relacion a el paciente asegurado Mismo Esposo(a) Menor de Edad

Primary Language: (Mark One) English/Ingles Spanish/Espanol Other/Otro: _____

Lenguage Primario: (Marque Uno)

AUTHORIZATION AND RELEASE I hereby authorize payment directly to Anthony Fenison, M.D. for medical services rendered. I am financially responsible for charges not covered by my insurance. I also authorize release of medical information to insurance carrier concerning this illness and/or treatment.

Signed Patient:(Guardian) _____ Date: _____

AUTORIZACION: Yo autorizo el pago directo a Anthony Fenison, M.D. por los ervicios que se me han proveido. Siendo responsable financieramente por los cargos que no sean cubiertos por mi asueguranza medica. Asi mismo, autorizo a Javier R. Rios, M.D. que brined cualquier informacion relacionada con mi enfermedad o tratamiento a la aseguranza correspondiente.

Firma del Paciente: (Guardian) _____ Fecha: _____