

BIOGRAPHICAL INFORMATION DATA SHEET

Please complete this form (front and back), sign and return it to the receptionist. Thank You. *(Por favor complete y firme la forma. Gracias.)*

DATE (FECHA): _____

1a. PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE)

LAST NAME (APELLIDO): _____ FIRST NAME (NOMBRE): _____

DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO): _____ SOCIAL SECURITY# (NO. DE SEGURO SOCIAL): _____

MALE (HOMBRE): _____ FEMALE (MUJER): _____ SINGLE (SOLTERA): _____ MARRIED (CASADO): _____ STUDENT (ESTUDIANTE): _____

ADDRESS (DIRECCION): _____

CITY/STATE/ZIP (CIUDAD/ESTADO/ZONA POSTAL): _____

HOME TELEPHONE NUMBER (TELEFONO DE CASA): _____ CELL NUMBER (CELULAR): _____

RACE (RAZA): _____ ETHNICITY (ORIGEN ETNICO): _____ LANGUAGE (LENGUAJE): _____

- | | | |
|---------------------|------------------------|---------------|
| 1. White | 1. Not Hispanic/Latino | 1. English |
| 2. African American | 2. Hispanic/Latino | 2. Spanish |
| 3. American Indian | | 3. Tagalog |
| 4. Asian | | 4. Italian |
| 5. Hispanic/Latino | | 5. Vietnamese |
| 6. Pacific Islander | | 6. Chinese |
| 7. More than 1 race | | 7. Arabic |
| 8. Unknown | | |

1b. COMUNICATION PREFERENCE (PREFERENCIA DE COMUNICACION) Please check below your preferred method of communication, where we can contact you. (Indique su metodo preferido de comunicacion donde podemos contactar con usted)

HOME PHONE (TELEFONO DE CASA) _____ CELL PHONE (TELEFONO DE CELULAR) _____ MAIL (CORREO) _____

PRIMARY LANGUAGE (LENGUAJE PRIMARIO): _____ LANGUAGE PREFERENCE (PREFERENCIA DE IDIOMA): _____

HEARING IMPAIRMENT (DISCAPACIDAD AUDITIVA) YES (SI)___ NO___ INTERPRETER NEEDED (INTERPRETE NECESARIO) YES (SI)___ NO___

2. EMERGENCY CONTACT (CONTACTO DE EMERGENCIA) In case of emergency, who should we contact? (En caso de una emergencia, a quien debemos de llamar?)

NAME (NOMBRE): _____ RELATIONSHIP TO PATIENT (RELACION CON EL PACIENTE): _____

ADDRESS (DIRECCION): _____

TELEPHONE NUMBER (TELEFONO): _____

3. RESPONSIBLE PARTY (PERSONA REPOSABLE)

NAME (NOMBRE): _____

RELATIONSHIP TO PATIENT (RELACION CON EL PACIENTE): _____ BIRTHDATE (FECHA DE NACIMIENTO): _____

SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMERO DE SEGURO SOCIAL): _____

DRIVER LICENCE NUMBER OR ID NUMBER (NUMERO DE LICENCIA O NUMERO DE IDENTIFICACION): _____

TELEPHONE NUMBER (TELEFONO): _____ WORK NUMEBR (NUMERO DE TRABAJO): _____

4. INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DE ASEGURANZA)

NAME OF INSURED (NOMBRE): _____

NAME OF INSURANCE (NOMBRE DE ASEGURANZA): _____

POLICY # (NUMERO DE POLIZA): _____

5. ADVANCE DIRECTIVE (ADVANCE DIRECTIVO)

DO YOU HAVE AN ADVANCE DIRECTIVE? (TIENE USTED ADVANCE DIRECTIVO?) ___ YES ___ NO

WOULD YOU LIKE INFORMATION ABOUT ADVANCE DIRECTIVE?? (LE GUSTARIA A USTED INFORMACION? SOBRE EL ADVANCE DIRECTIVO?) YES (SI)___ NO ___

6. AUTHORIZATION AND RELEASE

I hereby consent to and the administration of all diagnostic and therapeutic treatments that may be considered advisable or necessary in the judgment of the attending physician. I hereby authorize the physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

I (patient or guardian) am an eligible member as of this date of service of a health plan and a copy of the benefits card is attached to this document. Signature of responsible party below acknowledges full financial responsibility or services rendered to me if it is determined I am not eligible on the date of service in question or if service rendered is determined to be a non-covered benefit under the plans provisions.

I hereby irrevocably authorize payment directly to the above named corporation/physician, benefits otherwise payable to me but not to exceed the corporations/physicians regular charge due as a result of this claim. I understand I am financially responsible to the corporation/physician for charges not covered.

(AUTOROZACION)

Doy mi consentimiento a la administracion de todos los diagnosticos y tratamientos terapeuticos que se pudan considerar convenientes o necesarios, a juicio del medico tratante. Yo autorizo al medico para liberar cualquier informacion adquirida incluso mi examen o tratamiento.

Yo (paciente o guardian) soy un miembro elegible, a partir de la fecha de servicio, de un plan de salud y una copia de la tarjeta de beneficios se adhunta al presente document. Firmas de la parte resposables a continuacion reconc e plenos servicios de responsabilidad financiera prestada a mi, si se determina que no soy elegible en la fecha de servicio en cuestion o si el servicio prestado determina ser un beneficio que no esta cubierto en virtud de lo dispuesto en los planes.

Yo autorizo el pago directo de manera irrevocable ala empresa arriba mencionada/medico , beneficios de otro modo pagadero a mi, pero que no exceda de la corperacion/carga de los medicos regular debido un resultado de esta reclamacion. Yo entiendo soy financieramente responsable a la empresa/ medico los cargos no cubiertos.

ACKNOWLEDGEMENT OF AUTHORIZATION AND RELEASE (RECONOCIMIENTO DE AUTOROZACION)

Name of Patient (Print or Type): _____ DOB (Fecha de nacimiento) _____
(Nombre del paciente)

Signature of Patient or Representative: _____ Date (Fecha): _____
(Firma Del Paciente o Representante)

Relationship of Representative to Patient: _____
(Relaccion del Representante con el Paciente)

7. ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (RECONOCIMIENTO DE AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD):

I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Name of Patient (Print or Type): _____ DOB (fecha de nacimiento): _____
(Nombre del paciente)

Signature of Patient or Representative: _____ Date (Fecha): _____
(Firma Del Paciente o Representante)

Relationship of Representative to Patient: _____
(relaccion del representante con el paciente)