



DEMOGRAPHICS AND INSURANCE FORM

Last Name / Apellido	First Name / Nombre	M Initial / Inicial	Title / Título

Address/Dirección	Apt. / Apto.

City / Ciudad	State / Estado	Zip / Código Postal	Mobile Phone / Tel Portable

D.O.B. / Fecha de Nacimiento	Gender / Genero	Marital Status / Estado Civil (use and X / Marca con una X)			
		Married / Casado		Widowed / Viudo	
		Single / Soltero		Divorced / Divorciado	

E-mail / Correo Electrónico	Telephone / Teléfono

Employer / Empleador	Social Security Number / Numero de Seguro Social

Parent Guardian / Pariente o Persona Responsable	Telephone / Teléfono

Emergency Contact / Nombre en Caso de Emergencia	Telephone / Teléfono	Relationship / Relación

Family Physician / Médico de Familia	Telephone / Teléfono

Policy Holder Name / Nombre del Asegurado	Relationship / Relación	D.O.B. / Fecha de Nacimiento

Same Address / La Misma Dirección	Policy Holder Address / Dirección
<input type="checkbox"/> Same as Patient <input type="checkbox"/> Other	

Primary Ins. / Seguro Primario	Second Ins. / Seguro Secundario

ID Number / Numero de ID	Group # / # Grupo	ID Number / Numero de ID	Group # / # Grupo

Pharmacy / Farmacia	Address / Dirección	Telephone / Teléfono

I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance company and all collections, attorneys and courts fees incurred while collecting my balance. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por mi seguro medico y cargos de corte en caso de colección.

Patient Signature / Firma del Paciente	Date / Fecha