

# Obstetrics & Gynecology

8950 S.W. 74th Court, Suite 2001 • Miami, FL 33156

Telephone: 305.661.7766 • Fax: 305.661.0329

## PATIENT INFORMATION

FORM MUST BE FILLED OUT COMPLETELY, ALL INFORMATION MUST BE PRINTED

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
Nombre

**Address:** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
Dirección Unidad Ciudad Estado Código Postal

**Social Security #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Seguro Social Edad Fecha de Nacimiento M D Año

**Home Phone #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Work Phone #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Ext.** \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo

**Cellular Phone #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular Correo electrónico

**Marital Status:** S M D W **Religion:** \_\_\_\_\_ **ALLERGIES:** \_\_\_\_\_  
Estado civil S C D V Religión **ALERGIAS**

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Occupation:** \_\_\_\_\_  
Empleador Ocupación

**Primary Care Physician** \_\_\_\_\_ **Phone Number #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Doctor Primario Teléfono del Doctor

**I was referred by:** \_\_\_\_\_ **Friend** \_\_\_\_\_ **Physician** \_\_\_\_\_ **Existing Patient** \_\_\_\_\_ **Other** \_\_\_\_\_  
Referida por Amiga/o Medico Paciente Otro

\_\_\_\_\_ **Relative** \_\_\_\_\_ **Reputation of Physician** \_\_\_\_\_ **Insurance** \_\_\_\_\_  
Pariente Reputacion del medico Seguro

### EMERGENCY CONTACT:

En caso de emergencia

**Name:** \_\_\_\_\_ **Relation:** \_\_\_\_\_  
Nombre Relación

**Telephone #:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **#:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **#:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfonos

### PRIMARY INSURANCE INFORMATION:

Información del seguro primario

**Insurance Name:** \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro

**Policy #:** \_\_\_\_\_ **Group #** \_\_\_\_\_ **Insured Name:** \_\_\_\_\_  
Numero de póliza Numero de grupo Nombre del asegurado

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Insured SS #** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento M D Año Seguro social del asegurado Relación

### SECONDARY INSURANCE INFORMATION:

Información del seguro secundario

**Insurance Name:** \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro

**Policy #:** \_\_\_\_\_ **Group #** \_\_\_\_\_ **Insured Name:** \_\_\_\_\_  
Numero de póliza Numero de grupo Nombre del asegurado

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Insured SS #** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento M D Año Seguro social del asegurado Relación

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature/Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha