

Patient Information Sheet

Informacion del Paciente

Section 1: Please fill out all of the following information – For all Patients.

Parte 1: Por favor de llenar los datos completamente – Para todos pacientes.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____ / _____ / _____
Nobre del Paciente *Fecha de nacimiento*

Parent/Guardian Name: _____ **Home# / Cell#:** (____) _____ - _____ & (____) _____ - _____
Numero de telefono / telefono mobil

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Direccion *Cuidad* *Estado* *Codigo Postal*

Email address: _____
Correo electronico

Emergency Contact: _____ **Phone Number:** _____ **Relationship:** _____
Contacto de emergencia *Numero de telefono* *Relacion*

Is this exam related to an Injury? YES NO **If yes, please specify:** WC Auto **Claim #/DOA:** _____
Es relacionado este examen a un accidente? *Si si, especificar por favor:*

Has the patient ever been seen at Children's Health: YES NO **If so, When?** _____ / _____ / _____
Usted a venido a la clinica antes? *Si si, Cuando?*

Section 2: Please fill out all of the following information – For Insurance & Attorney Info.

Parte 2: Por favor de llenar los datos completamente — Para seguro personal y Abogado.

PRIMARY INSURANCE:

1st Insurance Company: _____ **Policy Holder:** _____
1º Compania de seguros *Nombre del a asegurado*

Relationship to Policy Holder: _____ **Policy Holder Date of Birth:** _____ / _____ / _____
Relacion con la persona *Personas fecha de nacimiento*

SECONDARY INSURANCE:

2nd Insurance Company: _____ **Policy Holder:** _____
2º Compania de seguros *Nombre del a asegurado*

Relationship to Policy Holder: _____ **Policy Holder Date of Birth:** _____ / _____ / _____
Relacion con la persona *Personas fecha de nacimiento*

Section 3: Please fill out all of the following information – For Third Party & School Insurance

Parte 3: Por favor de llenar los datos completamente — Para seguro de lesion trabajo SOLAMENTE.

Company Name: _____ **Work Phone #:** (____) _____ - _____ **Date of Injury:** _____ / _____ / _____
Empleador *Numero del trabajo* *Fecha de lesion trabajo*

Work Address: _____ **Adjuster's Name:** _____
Direccion del trabajo *Ajustador*