

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: _____

Nobre del Paciente

Date of Birth: _____ / _____ / _____

Fecha de nacimiento

Social Security Number: _____

Numero de seguro social

Home# / Cell#: (____) _____ - _____ & (____) _____ - _____

Numero de telefono / telefono mobil

Address: _____

Direccion

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Cuidad

Estado

Codigo Postal

Email address: _____

Correo electronico

Height: _____ **Weight:** _____

Altura

Peso

Have you ever been here before: YES NO

Usted a venido a la clinica antes?

If so, When? _____ / _____ / _____

Si si, Cuando?

Emergency Contact: _____

Contacto de emergencia

Phone Number: _____ **Relationship:** _____

Numero de telefono

Relacion

If your exam requires dietary restrictions, have you had anything to eat or drink in 4-6 hours? _____

Si tu examen requiere restricciones en la dieta, ?ha tenido nada que comer o beber en 4-6 horas?

Is this exam related to an Injury? YES NO

Es relacionado este examen a un accidente?

If yes, please specify: WC Auto **Claim #/DOA:** _____

Si si, especificar por favor:

When do you follow up with your referring doctor? _____

Cuando tienes cita con su medico?

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: _____

1º Compania de seguros

Policy Holder: _____

Nombre del a asegurado

Relationship to Policy Holder: _____

Relacion con la persona

Policy Holder Date of Birth: _____ / _____ / _____

Personas fecha de nacimiento

SECONDARY INSURANCE:

2nd Insurance Company: _____

2º Compania de seguros

Policy Holder: _____

Nombre del a asegurado

Relationship to Policy Holder: _____

Relacion con la persona

Policy Holder Date of Birth: _____ / _____ / _____

Personas fecha de nacimiento

Section 3: Please fill out all of the following information – **For Worker's Comp Injury ONLY.**

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

Employer: _____ **Work Phone #:** (____) _____ - _____ **Date of Injury:** _____ / _____ / _____

Empleador

Numero del trabajo

Fecha de lesion trabajo

Work Address: _____ **Adjuster's Name:** _____

Direccion del trabajo

Ajustador