

Date: PCP (Primary Care Physician): _____
 D.O.B. _____
 SSN#: _____ SEX: Female Male Marital Status: S M SEP D W
 Home address: _____
 City/State/Zip Code: _____
 Home Phone #: _____ Work Phone #: _____
 Daytime/Call Phone # _____ EXT #: _____
 Employer Name: _____ Occupation: _____
 Employer Address: _____ City/State/Zip Code: _____

ETHNICITY: (Select one) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latin/Spanish Origin <input type="checkbox"/> NOT Hispanic/Latin/Spanish Origin <input type="checkbox"/> Decline	RACE: (Select one) <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Decline
--	--

Preferred Method of Communication: (Select one)
 Telephone Mail Decline

PERSON RESPONSIBLE FOR PATIENT'S FINANCIAL OBLIGATION, IF SELF, INDICATE SELF
 Name: _____
 Relationship: _____ SS#: _____ DOB: _____
 Home Phone: _____ Work Phone #: _____ Ext: _____
 Daytime/Cell Phone #: _____ Ext: _____
 Home Address (If different from Patient's address): _____
 City/State/Zip Code: _____
 Employer Name: _____ City/State/Zip Code: _____

EMERGENCY CONTACT

Primary Contact Name: _____ Relationship: _____
 Home Phone #: _____ Work Phone #: _____ Ext: _____
 Daytime/Cell Phone #: _____ Ext: _____
 Home Address: _____ City/State/Zip Code: _____

Secondary Contact Name: _____ Relationship: _____
 Home Phone #: _____ Work Phone #: _____ Ext: _____
 Daytime/Cell Phone #: _____ Ext: _____
 Home Address: _____ City/State/Zip Code: _____

PATIENT INSURANCE INFORMATION Do You Have Health Insurance? YES NO

Primary Insurance Insurance Co: _____ Insurance Phone #: _____ Subscriber: _____ Subscriber's Employer Name: _____ Subscriber's Date of Birth: _____ Subscriber's SSN #: _____ Policy # _____ Group # _____ Effective Date: _____	Secondary Insurance Insurance Co: _____ Insurance Phone #: _____ Subscriber: _____ Subscriber's Employer Name: _____ Subscriber's Date of Birth: _____ Subscriber's SSN #: _____ Policy #: _____ Group #: _____ Effective Date: _____
---	---

ASSIGNMENT OF BENEFITS
 I hereby authorize and direct my insurance company to make payments to Providence Mission Heritage Medical Group, benefits allowable and otherwise payable to me and/or my dependents. I understand that I am responsible for charges not paid under this Assignment. This Authorization will remain in effect until rescinded by myself in writing. A photocopy of this Assignment may be honored.

Patient's Signature: _____ Date: _____
 Witness' Signature: _____ Date: _____



INFORMATION SHEET

MRN
Patient Name:
Date of Birth:

Fecha: Médico de cabecera (PCP): _____
 F. de nac.: _____
 N.º de SS: _____ SEXO: Femenino Masculino Estado civil: S C SEP D V
 Dirección del hogar: _____
 Ciudad/estado/cód. postal: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Teléfono diurno/celular: _____ Ext.: _____
 Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad/estado/cód. postal: _____

ORIGEN ÉTNICO: (Seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano/latino/ce origen español <input type="checkbox"/> NO hispano/latino/de origen español <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar	RAZA: (Seleccione una) <input type="checkbox"/> Indígena americana/nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
---	---

Método preferido de comunicación: (Seleccione uno)
 Teléfono Correo Prefiere no contestar

PERSONA RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE. SI ES EL PACIENTE MISMO, INDÍQUELO.

Nombre: _____
 Relación: _____ N.º de SS: _____ F. de nac.: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____
 Teléfono diurno/celular: _____ Ext.: _____
 Dirección del hogar* (si fuera diferente de la del paciente): _____
 Ciudad/estado/cód. postal: _____
 Nombre del empleador: _____ Ciudad/estado/cód. postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto principal: _____ Relación: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____
 Teléfono diurno/celular: _____ Ext.: _____
 Dirección del hogar: _____ Ciudad/estado/cód. postal: _____
 Nombre del contacto secundario: _____ Relación: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____
 Teléfono diurno/celular: _____ Ext.: _____
 Dirección del hogar: _____ Ciudad/estado/cód. postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE

Seguro principal
 Compañía aseguradora: _____
 Teléfono del seguro: _____
 Suscriptor: _____
 Nombre del empleador del suscriptor: _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
 N.º de SS del suscriptor: _____
 N.º de póliza: _____
 N.º de grupo: _____
 Fecha de vigencia: _____

¿Tiene seguro de salud? SI NO
Seguro secundario
 Compañía aseguradora: _____
 Teléfono del seguro: _____
 Suscriptor: _____
 Nombre del empleador del suscriptor: _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
 N.º de SS del suscriptor: _____
 N.º de póliza: _____
 N.º de grupo: _____
 Fecha de vigencia: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS

Por este medio autorizo y doy orden a mi compañía aseguradora para pagar a Providence Mission Heritage Medical Group los beneficios admisibles y por lo demás pagaderos a mí o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de los costos que no se paguen en virtud de la presente cesión. Esta autorización permanecerá vigente hasta que la rescinda yo mismo por escrito. Se aceptará una fotocopia de esta cesión.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del testigo: _____ Fecha: _____



HOJA INFORMATIVA

N.º de hist. clínica:
Nombre del paciente:
Fecha de nacimiento: