



California Heart
& Vascular Clinic

PATIENT INFORMATION FORM

PLEASE COMPLETE ALL ENTRIES

HOSPITAL MEDICAL RECORD NO.:			PATIENT ACCOUNT NUMBER		
PATIENT NAME (Last-First-Middle) Nombre del Paciente		DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento	AGE Edad	SOCIAL SECURITY NUMBER Seguro Social	
ADDRESS (Street-City-State-Zip) Dirección		MARITAL STATUS/Estado Civil <input type="checkbox"/> SINGLE Soliero(a) <input type="checkbox"/> MARRIED Casado(a) <input type="checkbox"/> DIVORCED Divorciado(a) <input type="checkbox"/> WIDOWED Viudo(a) <input type="checkbox"/> SEPERATED Separado(a)			
		DRIVER'S LICENSE NUMBER Numero de Licencia de Manejar			
		HOME PHONE NO. Numero de Teléfono			
NAME OF EMPLOYER Nombre de Empleador		OCCUPATION Ocupación	WORK PHONE NO. Teléfono de Empleo		
EMPLOYER ADDRESS (Street-City-State-Zip) Dirección de Empleador					
NAME OF SPOUSE (Last-First-Middle) Nombre de Esposo(a)		DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento	AGE Edad	SOCIAL SECURITY NUMBER Seguro Social	
SPOUSE EMPLOYER Empleador de Conyugo		SPOUSE WORK PHONE NO. Teléfono de Empleo			
NEAREST RELATIVE NOT LIVING WITH YOU Pariente cercano que no viva con usted		RELATIVE PHONE NO. Teléfono de Pariente			
NEAREST FRIEND NOT LIVING WITH YOU Amigo(a) que no viva con usted		FRIEND'S PHONE NO. Teléfono de Amigo(a)			
IN CASE OF EMERGENCY, NOTIFY En caso de emergencia notificar		EMERGENCY CONTACT'S PHONE NO. Teléfono de Emergencia			
WHOM MAY WE THANK FOR REFERRING YOU TO US Quien te referido		PHONE NO. Teléfono			
FAMILY PHYSICIAN Doctor Familiar		PHONE NO. Teléfono			
FAMILY DENTIST Dentista Familiar		PHONE NO. Teléfono			
WHO IS FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR PAYMENT Quien es Responsable Económicamente por Pago			I WILL BE PAYING TODAY BY/Pagare hoy por <input type="checkbox"/> CHECK/Cheque <input type="checkbox"/> CASH/Efectivo		

INSURANCE INFORMATION

PRIMARY INSURANCE NAME Nombre de Aseguranza Primaria	ADDRESS (Street-City-State-Zip) Dirección		PHONE NO. Teléfono
NAME OF INSURED Nombre del Asegurado	RELATIONSHIP Parentesco	I.D.NO.	GROUP NO.
SECONADRY INSURANCE NAME Nombre de Aseguranza Secundaria	ADDRESS (Street-City-State-Zip) Dirección		PHONE NO. Teléfono
NAME OF INSURED Nombre del Asegurado	RELATIONSHIP Parentesco	I.D.NO.	GROUP NO.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I HEREBY AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL INFORMATION TO RELEASE TO MY INSURANCE COMPANY OR THEIR REPRESENTATIVE INFORMATION CONCERNING MYSELF OR MY DEPENDENTS ILLNESSES AND TREATMENTS.

Doy mi autorización a cualquier guardián de información médica que se dé a mi compañía de aseguranza ó a su representante información sobre enfermedades ó tratamientos referente a mi o mis dependientes.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT OF MEDICAL BENEFITS TO THE PROVIDER INDICATED BELOW.

Doy mi autorización de pago por beneficios médicos al proveedor indicado abajo.

I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR THIS ACCOUNT EVEN THOUGH I MAY HAVE INSURANCE COVERAGE.

Yo entiendo que que soy responsable de esta cuenta aunque tenga aseguranza.

SIGNATURE

Firma

DATE

Fecha