PHCA MEDICAL GROUP

Patient Name: _____ **DOB:** ____/____/____
Last (Apellido) **First (Nombre)** **Middle (Inicial)** **Month / Day / Year**

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

Address: _____
(Direccion) **City (Ciudad)** **State (Estado)** **Zip Code (Codigo Postal)**

Home Phone (# de Casa): _____ **Cell Phone :** _____ **Email:** _____

Employer (Patrono) _____ **Work Phone (# de Trabajo):** _____ **Race (Raza):** _____

Ethnicity (Ethnic) _____ **Primary Language (lenguaje primario)** _____

In case of emergency, what person should be notified? _____ **Relationship:** _____
(A quien llamar en caso de emergencia?) **(Nombre)** **(Relacion)**

Phone Number (# de telefono-Dia): _____ **Evening (# de telefono-Noche):** _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Seguro Primario) **(# de Poliza)** **(# de Grupo)**
Insured Name: _____ **DOB:** ____/____/____
(Asegurador) **Last (Apellido)** **First (Nombre)** **Middle (Inicial)** **Month / Day / Year**

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

Address: _____
(Direccion) **City (Ciudad)** **State (Estado)** **Zip Code (Codigo Postal)**

Home Phone (# de Casa): _____ **Cell Phone (# de Celular):** _____

Employer (Patrono): _____ **Work Phone (# de Trabajo):** _____ **Job Position (Posicion):** _____

Relationship to patient (Relacion): ☐ **Self (Yo)** ☐ **Spouse (Esposo/a)** ☐ **Child (Hijo/a)** ☐ **Other (Otro)**

Secondary Insurance Name: _____ **Policy ID #:** _____ **Group #:** _____
(Seguro Secundario) **(# de Poliza)** **(# de Grupo)**
Insured Name: _____ **DOB:** ____/____/____
(Asegurador) **Last (Apellido)** **First (Nombre)** **Middle (Inicial)** **Month / Day / Year**

Age (Edad): _____ **Sex (Sexo):** _____ **Marital Status:** _____ **Social Security # (Seguro Social):** _____

Address: _____
(Direccion) **City (Ciudad)** **State (Estado)** **Zip Code (Codigo Postal)**

Home Phone (# de Casa): _____ **Cell Phone (# de Celular):** _____

Employer (Patrono): _____ **Work Phone (# de Trabajo):** _____ **Job Position (Posicion):** _____

Relationship to patient (Relacion): ☐ **Self (Yo)** ☐ **Spouse (Esposo/a)** ☐ **Child (Hijo/a)** ☐ **Other (Otro)**

Please read the following and sign in the space provided

I understand that all fees or charges are payable at the time the professional services are given. I authorize my insurance carrier to pay for these services and I agree to pay for charges not covered by insurance. I authorized **Primary HealthCare Associates, Inc.** to release any medical information upon the request of my Health Insurance Company.

Entiendo que de haber algun cargo se cobrara en el momento del dia de la cita. Yo autorizo a mi compañía de seguros para pagar por estos servicios y estoy de acuerdo en pagar los gastos no cubiertos por el seguro. Yo autorizo a **Primary HealthCare Associates, Inc**. , proveer cualquier información médica a petición de mi compañía de seguros de salud.

_____ _____ _____
Signature of Patient (Firma) **Signature of Responsible Party** **Date (Fecha)**