

PATIENT	PATIENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)				ALSO KNOWN AS / MAIDEN NAME				SOCIAL SECURITY NUMBER				
	DATE OF BIRTH		AGE	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LANGUAGE <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> German <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Vietnamese			MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Life Partner <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Widowed					
	RACE <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other			RELIGION				CHURCH					
	ADDRESS						CITY, STATE			ZIP CODE			
	TELEPHONE		PAGER / CELL PHONE		PRIMARY CARE PHYSICIAN				PHYSICIAN'S TELEPHONE				
	EMPLOYER			EMPLOYER ADDRESS				CITY, STATE		ZIP CODE			
	EMPLOYER TELEPHONE		EXTENSION	PATIENT'S EMAIL			OCCUPATION						
GUARANTOR	RELATIONSHIP TO PATIENT		GUARANTOR NAME				SOCIAL SECURITY NUMBER			DATE OF BIRTH		AGE	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	ADDRESS						CITY, STATE			ZIP CODE			
	TELEPHONE		PAGER / CELL PHONE		EMPLOYER								
	EMPLOYER TELEPHONE			OCCUPATION									

EMERGENCY CONTACT						NEXT OF KIN					
NAME			RELATIONSHIP TO PATIENT			NAME			RELATIONSHIP TO PATIENT		
TELEPHONE		EMPLOYMENT TELEPHONE	PAGER / CELL PHONE			TELEPHONE		EMPLOYMENT TELEPHONE	PAGER / CELL PHONE		
COMMENTS						COMMENTS					

PRIMARY INSURANCE						SECONDARY INSURANCE					
INSURANCE COMPANY NAME						INSURANCE COMPANY NAME					
ADDRESS						ADDRESS					
CITY, STATE			ZIP CODE			CITY, STATE			ZIP CODE		
TELEPHONE NUMBER		EFFECTIVE DATE				TELEPHONE NUMBER		EFFECTIVE DATE			
GROUP		CERTIFICATE NUMBER				GROUP		CERTIFICATE NUMBER			
PATIENT'S RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER						PATIENT'S RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER					
SUBSCRIBER'S NAME						SUBSCRIBER'S NAME					
SUBSCRIBER'S EMPLOYER						SUBSCRIBER'S EMPLOYER					

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES - A detail of your rights and how your medical information will be used and disclosed by Warren Clinic is set forth in the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. A copy has been furnished to me and is posted in the clinic.

I understand and agree that I am ultimately responsible for the balance on my account for any professional service rendered. Medicare rules and Warren Clinic insurance agreements may affect patient responsibility for the account. I have completed the above questions and certify this information is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my insurance status or any of the above information. I request that payment of authorized medical benefits, if any, be made to Warren Clinic on my behalf for any unpaid services rendered by Warren Clinic physicians.

I authorize the release of medical information to the health plan indicated for information requested by the health plan to determine the payment of medical benefits. The information authorized for release may include information about communicable or noncommunicable disease, mental health, substance or alcohol abuse.

I acknowledge receipt of the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

SIGNATURE	DATE
-----------	------



PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER, SEGUNDO)				OTRO NOMBRE UTILIZADO-ALIAS / APELLIDO DE SOLTERA/O				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			
	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Nunca casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
	RAZA <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Indígena autóctono americano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra				RELIGIÓN				IGLESIA			
	DIRECCION						CIUDAD, ESTADO				CÓDIGO POSTAL	
	TELÉFONO			BUSCAPERSONAS / TELÉFONO CELULAR			MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA				TELÉFONO DEL MÉDICO	
	EMPLEADOR			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR				CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO DEL EMPLEADOR			EXTENSIÓN		CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE			OCUPACIÓN				
GARANTE	RELACIÓN CON EL PACIENTE		NOMBRE DEL GARANTE				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	DIRECCION						CIUDAD, ESTADO				CÓDIGO POSTAL	
	TELÉFONO			BUSCAPERSONAS / TELÉFONO CELULAR			EMPLEADOR					
	TELÉFONO DEL EMPLEADOR				OCUPACIÓN							

CONTACTO DE EMERGENCIA				FAMILIAR MÁS CERCANO			
NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE		NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
TELÉFONO	TELÉFONO LABORAL	BUSCAPERSONAS / TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO	TELÉFONO LABORAL	BUSCAPERSONAS / TELÉFONO CELULAR	
COMENTARIOS				COMENTARIOS			

SEGURO PRIMARIO				SEGURO SECUNDARIO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
DIRECCION				DIRECCION			
CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA EFECTIVA		NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA EFECTIVA	
GRUPO		NÚMERO DE CERTIFICADO		GRUPO		NÚMERO DE CERTIFICADO	
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR				RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR			
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR				NOMBRE DEL SUSCRIPTOR			
EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR				EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR			

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD - En la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD se detallan sus derechos y cómo la Clínica Warren (Warren Clinic) usará y divulgará su información médica. Se me ha facilitado una copia, la cual se encuentra exhibida en la clínica.

Entiendo y acuerdo que soy responsable en última instancia del balance de mi cuenta por cualquier servicio profesional brindado. Las reglas de Medicare y los contratos de seguros de la Clínica Warren (Warren Clinic) podrían afectar la responsabilidad del paciente sobre la cuenta. He completado las preguntas anteriores y certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Les informaré cualquier cambio en el estado de mi seguro o en cualquiera de los datos suministrados anteriormente. Solicito que el pago de mis beneficios médicos autorizados, de corresponder, sea realizado a la Clínica Warren en mi nombre por cualquier servicio impago brindado por los médicos de dicha clínica.

Autorizo la divulgación de información médica al plan de salud indicado, para aquella información que el plan de salud solicite a fin de determinar el pago de los beneficios médicos. La información con autorización de divulgación podría incluir registros que indiquen la presencia de enfermedades transmisibles o no transmisibles, o que se relacionen con salud mental, o abuso de drogas, de alcohol o de sustancias.

Acuso recibo de la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

FIRMA	FECHA
-------	-------

