



DATE / Fecha ____/____/____

Last / Apellido _____ First / Nombre _____ I. _____

(____)____-____ Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio) (____)____-____ Work Phone No. / No. de Teléfono (Trabajo)

Street Address / Dirección _____

(____)____-____ Cellular Phone No. / Celular _____ E-mail Address / Correo Electrónico _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip Code / Zona Postal _____

Employer / Empleo _____

Social Security No. / No. Seguro Social _____ S C D V Marital Status / Estado Marital

Employer Address / Dirección de Empleo _____

____/____/____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento Age / Edad _____ Sex / Sexo M F

Occupation / Ocupación _____ Hours Worked / Horas de Trabajo _____

Prefieres usted una cuenta para la familia entera o una cuenta para cada miembro

Si usted prefiere una cuenta para la familia entera o alguien ademas que el paciente es responsable para la cuenta, por favor, de llenar la información abajo.

Person Responsible for Account / Persona Responsable para la cuenta:

Last / Apellido _____ First / Nombre _____ I. _____

(____)____-____ Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio) (____)____-____ Work Phone No. / No. de Teléfono (Trabajo)

Street Address / Dirección _____

(____)____-____ Cellular Phone No. / Celular _____ E-mail Address / Correo Electrónico _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ Zip Code / Zona Postal _____

Employer / Lugar de Empleo _____

Social Security No. / No. Seguro Social _____ S C D V Marital Status / Estado Marital

Employer Address / Dirección de Empleo _____

____/____/____ Date of Birth / Fecha de Nacimiento Age / Edad _____ Sex / Sexo M F

Occupation / Ocupación _____ Hours Worked / Horas de Trabajo _____

INSURANCE INFORMATION / Información de Seguro

PRIMARY INSURANCE / Seguro Principal Primary Ins. Address / Dirección de Seguro _____

SECONDARY INSURANCE / Seguro secundario Secondary Ins. Address / Dirección de Seguro _____

Subscriber Name / Nombre de Suscriptor _____ Relationship / Relación _____

Subscriber Name / Nombre de Suscriptor _____ Relationship / Relación _____

Subscriber S.S. No. / No. Seguro Social (suscriptor) _____ Subscriber d.o.b. / Fecha de Nacimiento _____

Subscriber S.S. No. / No. Seguro Social (suscriptor) _____ Subscriber d.o.b. / Fecha de Nacimiento _____

Subscriber/Policy No. / No. Póliza _____ Group/Plan No. / No. Plan/Grupo _____

Subscriber/Policy No. / No. Póliza _____ Group/Plan No. / No. Plan/Grupo _____

Subscriber Employer / Empleo (Suscriptor) _____

Subscriber Employer / Empleo (Suscriptor) _____

Co-Payment \$ / Co-Pagare \$ _____ Eff. Date of Ins. / Fecha Efectiva _____

Co-Payment \$ / Co-Pagare \$ _____ Eff. Date of Ins. / Fecha Efectiva _____

Nota: Es su responsabilidad de informar nuestra oficina si usted necesita pre-autorización/referencias para su seguro.

Referred By / Referido Por: _____

Emergency contact / Nombre de contacto en caso de emergencia _____ Relación _____

(____)____-____ Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio) (____)____-____ Other Phone No. / Otro: Trabajo/Celular _____

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS / AUTORIZACIÓN DE PAGOS Y INFORMACION

Yo autorizo pagos de beneficios a la Waukesha Family Practice Clinic, Ltd. por servicios recibido. Yo autorizo hacer público cualquier información necesaria a la compañía de seguro para determinar beneficios. **Yo entiendo que aunque tenga seguro, yo sera responsable para servició.**

X _____ Date / Fecha _____
Firma de Paciente, Pariente, o, Persona Responsable

X _____ Date / Fecha _____
Witness / Testigo

OTHER FAMILY MEMBERS AT YOUR ADDRESS / MIEMBROS DE SU FAMILIA EN SU DOMICILIO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación _____