



DATE / Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient's Last Name / Apellido de Paciente First / Nombre I. Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio)

Social Security No. / No. Seguro Social Date of Birth / Fecha de Nacimiento Age / Edad Sex / Sexo

Street Address / Dirección

City / Ciudad State / Estado Zip Code / Zona Postal Referred By / Referido Por:

Father's Last Name / Apellido (Padre) First / Nombre I. Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio)

Father's Address / Dirección (Padre) Cellular Phone No. / Celular

Father's Social Security No. / No. Seguro Social (Padre) Father's Date of Birth / Fecha de Nacimiento E-mail Address / Correo Electrónico

Father's Employer / Empleo (Padre) Occupation / Ocupación Working Hours / Horas de Trabajo Work Phone No. / No. de Teléfono (Trabajo)

Mother's Last Name / Apellido (Madre) First / Nombre I. Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio)

Mother's Address / Dirección (Madre) Cellular Phone No. / Celular

Mother's Social Security No. / No. Seguro Social (Madre) Mother's Date of Birth / Fecha de Nacimiento E-mail Address / Correo Electrónico

Mother's Employer / Empleo (Madre) Occupation / Ocupación Working Hours / Horas de Trabajo Work Phone No. / No. de Teléfono (Trabajo)

Are any of your other children patients at this office? / Tiene usted otros hijos como pacientes en esta oficina? Yes / Si No / No

Other Phone No. / Otro: Trabajo/Celular

Emergency contact / Nombre de contacto en caso de emergencia Relationship to Patient / Relación Home Phone No. / No. de Teléfono (Domicilio)

INSURANCE INFORMATION / Información de Seguro

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

Subscriber Name / Nombre de Suscriptor Relationship / Relación

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 Employer / Empleo del Suscriptor

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

SECONDARY INSURANCE / Seguro Secundario Secondary Ins. Address / Dirección de Seguro

Subscriber Name / Nombre de Suscriptor Relationship / Relación

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 Employer / Empleo del Suscriptor

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

Favor de notar: Usted es responsable de informar nuestra oficina si su compañía de seguro necesita pre-certificación/referencias

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 serviciós.

Please Note: It is the policy of this office that any parent who requests treatment for the child is responsible for the payment of all subsequent service fees. Es la póliza de esta clinica que el pariente que solicita tratamiento para el niño es responsable por servicios prestados.

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

X Witness / Testigo Date / Fecha

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

Nombre Fecha de Nacimiento Relación Nombre Fecha de Nacimiento Relación

Blank line for family member information

Blank line for family member information