

Today's Date / Fecha de Hoy		Primary Care Physician / Medico Primario	
PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Patient Last Name / Apellido del Paciente		First Name / Nombre	
Birth Date / Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Age / Edad	Social Security # / Num. de Seguro Social	
Primary Phone / Teléfono Primero	Secondary Phone / Tel. Secundario	Work Phone / Teléfono de Trabajo	
Email / Correo Electrónico		<input type="checkbox"/> Male / Masculino	<input type="checkbox"/> Female / Femenino
Mailing Address / Dirección Postal		Apartment / Apartamento	
City / Ciudad		State / Estado	ZIP Code / Código Postal
Occupation / Ocupación		Employer / Empleador	
Marital Status / Estado Civil		Primary Language / Idioma Principal	
Race / Raza <input type="checkbox"/> American Indian / Alaska Native (Indio Americano / Nativo de Alaska) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> Black / African American (Norteamericano Africano) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Pacific Islander (Nativo de Hawai / Origen de las Islas del Pacifico) <input type="checkbox"/> White (Caucasico) <input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar)			
Ethnicity / Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin (Hispano, Latino, o de origen Español) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic, Latino, or Spanish origin (Non-Hispano, Latino, o de origen Español) <input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar)			
Parent/Guardian Name / Nombre del Padre/Guardián		Parent/Guardian Phone / Teléfono del Padre/Guardián	
How did you hear about us? / ¿Cómo fue informado acerca de nosotros? <input type="checkbox"/> Friend / Amigo(a) <input type="checkbox"/> Internet / Pagina Web <input type="checkbox"/> Referring Provider / Medico de Referencia <input type="checkbox"/> Other / Otro:			
IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA			
Name of Local Friend/Relative / Nombre de un Amigo/Familiar Local		Relationship to Patient / Relación al Paciente	
Primary Phone / Teléfono Primero		Work Phone / Teléfono de Trabajo	
I give my physician and / or my physician's representative permission to leave a confidential message for me at the following phone number / Doy a mi médico o representante de mi médico permiso para dejar un mensaje confidencial para mí en el siguiente número de teléfono:			Phone / Teléfono
I give my physician and / or my physician's representative permission to discuss my medical care with / Doy a mi médico o representante de mi médico permiso para hablar de mi atención médica con:		Name/Relationship / Nombre/Parentesco	
INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE			
Person Responsible for the Bill / Persona Responsable del Pago de la Cuenta		Last Name / Apellido	First / Nombre
Address / Dirección		Phone / Teléfono	
Birth Date / Fecha de Nacimiento		Relationship to Patient / Relación al Paciente	
Employer / Empleador		Employer Phone / Teléfono del Empleador	
Employer address / Dirección del Empleador			
X			
Patient/Parent/Guardian Signature / Firma del Paciente/Guardián The above information is true to the best of my knowledge. La información anterior es verdadera segun mi entender.			Date / Fecha