



CENTER FOR PRIMARY CARE

FAMILY MEDICINE

NEW PATIENT INFORMATION
Welcome to CPC. Please provide the following information.

INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO(A)
Bienvenido a CPC. Facilíté este información, por favor

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Account #	First Name/Nombre	MI/Inicial	Last Name/Apellido	
Street Address (Road or Street)/Dirección (Calle)			Apt. # or 2nd Address Line/Número de Apartamento	
Zip Code/Código Postal	City/Cuidad		State/Estado	
(Area Code) Home Phone/(Código del Area) Teléfono	SSN/Número Seguro Social		Patient Data (office use only)/(para uso de oficina nada mas)	
Sex (M/F)/Sexo (H/M)	Birthdate (MM-DD-YYYY) / Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)	Race/Raso	Primary Physician (office use only)/(para uso de oficina nada mas)	
Marital: <input type="checkbox"/> Single /Soltero (a) <input type="checkbox"/> Married / Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorced / Divorsiado (a) <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separated/Separado (a)		Relation to Ins/Relación al Segurado <input type="checkbox"/> Child/Hijo (a) <input type="checkbox"/> Self/ Usted <input type="checkbox"/> Spouse/Esposo (a) <input type="checkbox"/> Other/Otro (a)		
Employment/Empleo: <input type="checkbox"/> Part-time/De Media Jornada <input type="checkbox"/> Full-time/De Jornada Completa <input type="checkbox"/> Retired /Retirado (a) <input type="checkbox"/> None/Ninguno		Student/Estudiante <input type="checkbox"/> Part-time/De Media Jornada <input type="checkbox"/> Full-time/De Jornada Completa <input type="checkbox"/> None/Ninguno		
Employer Code (office use only)/(Para Use de Oficina Nada Mas)		Employer or School Name/Nombre del Empleo o Escuela		
Street Address (Road or Street)/Dirección (Calle)			Apt. # or 2nd Address Line/Número de Apartamento	
Zip Code/Código Postal	City/Cuidad		State/Estado	Business Phone/Teléfono de Oficina
FINANCIALLY RESPONSIBLE PARTY (IF OTHER THAN PATIENT) / FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (ADEMÁS DE USTED)				
Account #	First Name /Nombre	MI/Inicial	Last Name/Apellido	
Street Address (Road or Street)/Dirección (Calle)			Apt. # or 2nd Address Line/Número de Apartamento	
Zip Code/Código Postal	City/Cuidad		State/Estado	
(Area Code) Home Phone/(Código del Area) Teléfono	SSN/Número Seguro Social		Patient Data (office use only)/(para use de oficina nada mas)	
Sex (M/F)/Sexo (H/M)	Birthdate (MM-DD-YYYY)/Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Race/Raso	Primary Physician (office use only)/(para use de oficina nada mas)	
Marital Status/Estado Civil <input type="checkbox"/> Single /Soltero (a) <input type="checkbox"/> Married / Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorced / Divorsiado (a) <input type="checkbox"/> Widowed/Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separated/Separado (a)		Relation to Ins/: Relación al Segurado <input type="checkbox"/> Child/Hijo (a) <input type="checkbox"/> Self / Usted <input type="checkbox"/> Spouse/Esposo (a) <input type="checkbox"/> Other/Otro (a)		
Employment/Empleo: <input type="checkbox"/> Part-time/De Media Jornada <input type="checkbox"/> Full-time/De Jornada Completa <input type="checkbox"/> Retired /Retirado (a) <input type="checkbox"/> None/Ninguno		Student/Estudiante <input type="checkbox"/> Part-time/De Media Jornada <input type="checkbox"/> Full-time/De Jornada Completa <input type="checkbox"/> None/Ninguno		
Employer Code (office use only)/(para uso de oficina nada mas)		Employer or School Name/Nombre del Empleo o Escuela		
Street Address (Road or Street)/Dirección (Calle)			Apt # or 2nd Address Line/Numero de Apartamento	
Zip Code/Código Postal	City/Cuidad		State/Estado	Business Phone/Teléfono de Oficina
Account Data #1	Account Data #2	Billing Cycle	Location	Account Control
Primary Ins. Co./Compañía de Seguro Primaria		Mailing Address—City—State—Zip/Dirección-Cuidad-Estado-Postal		Attention/Atención
Phone #/Número Teléfono	Policy #/Número Póliza	Group #/Número Grupo		Exp. Date/Fecha Caducidad
Secondary Ins. Co./Compañía de Seguro Secundaria		Mailing Address—City—State—Zip/Dirección-Cuidad-Estado-Postal		Attention/Atención
Phone #/Número Teléfono	Policy #/Número Póliza	Group #/Número Grupo		Exp. Date/Fecha Caducidad
By signing this form, I authorize the following / Al firmar este documento, autorizo lo siguiente:				
(a) the release of any medical or other information necessary to process insurance claims / a mandar información necesarios al seguro				
(b) payment of medical benefits directly to this practice for services rendered/page por los servicios rendidos en esta oficina				
Signature/Firma _____			Date/Fecha _____	

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? / COMO ESCUCHASTES O SUPISTES DE NOSOTROS?

**IN CASE OF AN EMERGENCY,
WHOM SHOULD WE CONTACT?**

Please list someone living at an address other than those listed on the reverse side of this form.

**EN CASE DE UNA EMERGENCIA, A QUIÉN
PODEMOS LLAMAR?**

Favor de apuntar a alguien que no viva en la misma casa.

Name/Nombre

Daytime Phone #/# Teléfono (Día)

Address/Dirección

Evening Phone #/# Teléfono (Noche)

City/Cuidad

Other Phone #/Otra # Teléfono

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Relationship/Relación

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures, and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance, or any other balance not paid by your insurance company.

Favor de recordar que el seguro esta considerado como un método de reemborsar al paciente por cargas pagado al doctor y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan cierta cantidades por ciertos procedimientos, y otros pagan un porciento del cargo. Es su responsabilidad pagar cual quier deductible, co-seguro, o cual quier otro balance que no es pagado por su compañía de seguro.

IN ORDER TO CONTROL YOUR COST OF BILLING, WE REQUEST THAT OUR FEES FOR OFFICE VISITS BE PAID AT THE TIME OF EACH VISIT.

PARA PODER CONTROLAR SU COSTO DEL BILL, LE PEDIMOS QUE PAGEN SUS CARGOS AL TIEMPO DE SU VISITA.

If this account is assigned to an attorney for collection and/or suit, the Center for Primary Care shall be entitled to reasonable attorney's fees and collection costs.

Si esta cuenta esta designada a un abogado para coleccion/demandos, Center for Primary Care esta titulado a cargos rasonables del abogado y costos decolleccion.

By submitting this patient information form, you are agreeing to the following:

Sometiende este informe del paciente, usted esta otorgando a lo siguiente:

- That payment of authorized benefits will be made on your behalf.
- That the benefits to which you are entitled, including Medicare, private insurance, and other health plans, will be payable to the Center for Primary Care.
- That the assignment will remain in effect until revoked by you in writing. A photocopy of this assignment will be considered as valid as the original.
- That you are financially responsible for all charges, regardless of whether it is paid by your insurance.

- Pagos de beneficios autorizados seran hecho por usted.
- Que los beneficios en que usted esta otorgado, encluyendo Medicare, seguro privado, y otra plan de médico, seran pagados a Center for Primary Care.
- Que el asignado permancera en efecto hasta que usted lo canceles por escrito.
- Que usted esta responsable financieramente por todo cargos, no es importa si es pagado por su seguro.

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION

GRACIAS POR SU COPERACIÓN