PATIENT INFORMATION RECORD

Patient Name: _____ Date of Birth: _____/_____/_____
Last First MI
Age: _____ Social Security Number: _____- _____-_____ Sex: ____M ____F Marital Status: _____
E-Mail Address: _____ Initial if okay to contact via E-Mail ☐

Address:_____
Street City State Zip Code

Home Phone: (____) _____-_____ Work Phone: (____) _____-_____ Cellular: (____) _____-_____

Employer:_____ Occupation:_____

Responsible Party Information: Name: _____ SS# _____-_____-_____ D.OB. _____/_____/_____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Phone: (_____) _____ Cell: (____) _____ Relationship to Patient: _____
Employer: _____ Occupation: _____ Work Phone: (____) _____-_____
Work Address: _____

Emergency Contact: Person to call:_____Relationship:_____
Address: _____ Phone: Home: (_____) _____-_____ Cell: (_____) _____-_____

Insurance Information
Primary Insurance: _____ Subscriber: _____ Subscriber's Employer: _____
Subscribe S.S#: _____-____-_____ Subscriber's Date of Birth: _____/____/_____ Phone #: (___) _____
Occupation_____ Relationship to Patient: _____

Secondary Insurance: _____ Subscriber: _____ Subscriber's Employer: _____
Subscribe S.S#: _____-____-_____ Subscriber's Date of Birth: _____/____/_____ Phone #: (___) _____
Occupation_____ Relationship to Patient: _____

I, (PRINT NAME) _____ AGREE THAT I HAVE FILLED OUT AND ANSWERED THE ABOVE QUESTIONAIRE ACCURATELY AND TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

Assignment of Insurance Benefits: *I hereby authorize direct payment of medical benefits to Joshua Medical Center for services rendered by him in person or under his supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. Payments are due in full upon receipt of services. Exceptions to this policy must be made prior to services being rendered.*
Authorization to Release Information: *I hereby authorize Joshua Medical Center to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing applications for financial benefits.*

- **Failure to give 24hr notice of missed or cancelled appointment will result in a $25.00 fee that will be applied to your account**

Signature: _____ Date: _____/_____/_____

Registro de Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Apellido Primer Nombre 2ndo Nombre
Edad: _____ Numero de Seguro Social: _____- _____-_____ Sexo: ____M ____F Estado Civil: _____

Correo Electrónico: _____ Inicialé si podemos contactar en forma electrónica ☐

Domicilio:_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (____) _____-_____ Trabajo: (____) _____-_____ Celular: (____) _____-_____

Empleador:_____ Ocupación:_____

Información de Persona Responsable: Nombre: _____ SS ____-_____-_____ Fecha de Nacimiento ___/___/_____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: (_____) _____-_____ Celular: (____) _____-_____ Relación con el Paciente: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: (____) _____-_____
Dirección de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: Nombre:_____Relación:_____
Domicilio: _____ Teléfono de Casa: (_____) _____-_____ Celular: (____) _____-_____

Información de Seguro Médico
Aseguranza Primaria: _____ Nombre: _____ Empleador de Suscriptor: _____
Seguro del Suscriptor _____-____-_____ Fecha de Nacimiento: _____/____/_____ Teléfono: (___) _____
Ocupación_____ Relación con el Paciente: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Nombre: _____ Empleador de Suscriptor: _____
Seguro del Suscriptor _____-____-_____ Fecha de Nacimiento: _____/____/_____ Teléfono: (___) _____
Ocupación_____ Relación con el Paciente: _____

YO _____ CONCUERDO QUE HE LLENADO Y HE CONTESTADO EL CUESTIONARIO EXACTAMENTE Y VERDADERO SEGUN MI CONOCIMIENTO.

Beneficios de Seguro Médico: *Yo con mi autorización autorizo el pago directo de beneficios médicos a Joshua Medical Center para servicios rendidos por él en la persona o bajo su supervisión. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier balance que no cubrió mi seguro médico. Los pagos son debidos en lleno tras la recepción de servicios. Las excepciones a esta póliza deben ser hechas antes de servicios para ser rendido.*
Autorización para Soltar Información*: Yo autorizo a Joshua Medical Center para liberar información médica o accidental que puede ser necesaria para cuidado médico o en transmitacion de las solicitudes de beneficios financieros.*

- **Cualquier cita Perdida o Cancelada sin 24horas de aviso resultara en un cobro de $25 dólares que será aplicado a su cuenta**

FIRMA:_____ FECHA: _____/_____/_____