

PATIENT'S INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FIRST NAME _____ **MIDDLE** _____ **LAST NAME** _____
Nombre Segundo nombre/inicial Apellido
DOB/ Fecha de nacimiento - M/D/Y -M/D/A ____/____/____ **SS#** _____ **SEX/Sexo** M F
ADDRESS/Dirección _____

and Street/ Número y Calle _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código Postal** _____
HOME PHONE/ Teléfono de casa _____ **CELL/ Celular** _____

WORK/OTHER PHONE Trabajo/Otro teléfono (Whose?/¿Quién?) _____

EMAIL _____ **Do you use email regularly? Yes/Sí No**
Correo electrónico ¿Usa usted correo electrónico con regularidad?

EMPLOYER / Empleador _____ **OCCUPATION / Ocupación** _____

EMPLOYMENT STATUS/ Empleo Full-Time Part-time Self-employed Retired Unemployed Student
Tiempo completo Medio tiempo Cuenta propia Retirado Desempleado Estudiante

MARITAL STATUS/ Single Married Widowed Divorced Separated Other _____
Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Otro

GUARANTOR INFORMATION (If patient under the age of 18) / INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE (Si paciente es menor de 18 años)

FIRST NAME _____ **MIDDLE** _____ **LAST NAME** _____
Nombre Segundo nombre/inicial Apellido
DOB/ Fecha de nacimiento- M/D/Y M/D/A ____/____/____ **SS#** _____ **SEX/Sexo** M F
ADDRESS/Dirección _____

and Street/ Número y Calle _____ **City/Ciudad** _____ **State/Estado** _____ **Zip/Código Postal** _____
HOME PHONE / Teléfono de casa _____ **CELL / Celular** _____

WORK/OTHER PHONE Trabaja/Otro teléfono (Whose?/¿Quién?) _____

RELATIONSHIP/ Relación Parent Padre/Madre Grandparent Abuela/o Foster Parent Guardián Other Otro _____

EMAIL/Correo electrónico _____ **EMPLOYER/ Empleador** _____

INSURANCE/SEGURO

PRIMARY INSURANCE COMPANY/ Compañía de seguro primario _____

IS THIS INSURANCE "CHIP" FOR A CHILD? ¿Este seguro es "CHIP" para un niño? YES/SI NO

ID NUMBER/ Número de ID _____ **GROUP NUMBER /Número de grupo** _____

INSURED PERSON'S RELATIONSHIP TO PATIENT/Relación asegurado y paciente Self/ Me Spouse/ Cónyuge Parent/ Padre

IF INSURED PERSON IS NOT "SELF", COMPLETE THE FOLLOWING: Si la persona asegurada no es usted mismo, complete lo siguiente:

INSURED'S NAME/ Nombre asegurado _____

DATE OF BIRTH/ Fecha de nacimiento _____ **SS #** _____ - _____ - _____

SECONDARY INSURANCE COMPANY Compañía de seguro secundario _____

ID NUMBER/ Número de ID _____ **GROUP NUMBER/ Número de grupo** _____

INSURED PERSON'S RELATIONSHIP TO PATIENT/ Relación asegurado y paciente Self/ Me Spouse/ Cónyuge Parent Padre

IF INSURED PERSON IS NOT "SELF", COMPLETE THE FOLLOWING: Si la persona asegurada no es usted mismo, complete lo siguiente:

INSURED'S NAME/ Nombre asegurado _____

DATE OF BIRTH/ Fecha de nacimiento _____ **SS #** _____ - _____ - _____

ARE YOU ON THE READING HEALTH SYSTEM PAYSCALE PROGRAM? Yes/Si No

OTHER IMPORTANT INFORMATION/ INFORMACIÓN IMPORTANTE

- PHARMACY NAME/ADDRESS / Nombre Farmacia /dirección** _____
- EMERGENCY CONTACT/ Contacto en emergencia** _____
RELATION/ Relación _____ **Ph#/Tel. #** _____ **Live with patient?/ ¿Vive con paciente?** Yes/Si No
- Does the patient have an Advance Health Care Directive? Yes No If yes, have you given us a copy? Yes No**
¿Tiene el paciente una Directiva Por Anticipado de Atención a la Salud? Sí No Si es así, nos has dado una copia? Sí No
- How did you hear about BCHC? ¿Cómo se enteró acerca de BCHC?** _____