

<div>Charles Bailey, M.D.</div> <div>Patient Information Sheet / Datos del paciente</div>					
Please provide complete information so that we may bill your insurance. / Por favor provea información completa para poder enviar el cobro a la empresa de seguros.					
First Name/Nombre		Last Name/Apellido		MI/Segundo Nombre	
Today's Date/Fecha:					
Street Address/Domicilio		Apt.# / # del Apartamento	City/Ciudad		State/Estado
Zip/Código Postal					
Home Phone/Teléfono de la Casa:		Work Phone/Teléfono del Trabajo:		Cell Phone/ Telefono Celular	
Age/Edad:					
Social Security#/Núm de Seguro Social		Date Of Birth/Fecha de Nacimiento		Sex/Sexo: M F	
Driver's Lic# / Licencia de manejar:					
Who referred you to our office?/¿Quién le remitió a esta oficina?					
First Name / Nombre:		Last Name / Apellido:		Phone / Teléfono:	
Marital Status / Estado Civil (Circle one /Marque uno)		Employ Status / Clasificación laboral (Circle one /Marque uno)			
Married Single Widowed Divorced Minor		Full Time Part Time Retired Not Employed Disabled/Incapacitado(a)			
Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Menor de edad		Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado(a) Desempleado(a)			
Student Status/Horario de estudios (Circle one /Marque uno)		Employer's Name/Nombre del Empleador: Occupation/Ocupacion:			
FullTime PartTime None					
Tiempo completo Tiempo parcial No corresponde		Employer's Phone/Teléfono del Empleador:			
Emergency Contact Name (not living with you):					
Persona a contactar en caso de emergencia: (que no viva con usted)				Phone Number/Núm de Teléfono	
Reason for Visit:/Razón de la consulta:					
Is your visit due to an accident? Yes No					
¿Fue la consulta relacionada con un accidente? Si No					
Date of Accident: Fecha del accidente:					
Where was the accident? / ¿Dónde ocurrió el accidente? (circle one / trace un círculo alrededor del correspondiente)					
Auto/automóvil Work/Trabajo Home/Casa Other / Otras razones:					
How did the accident happen? / ¿Como ocurrió su accidente?					
Primary Insurance / Seguro Primario			Secondary Insurance / Seguro Secundario		
Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros			Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros		
Address / Domicilio:			Address / Domicilio:		
City / Ciudad		State / Estado	Zip / Cód. Postal	City / Ciudad	
State / Estado		Zip / Cód. Postal	City / Ciudad		State / Estado
Zip / Cód. Postal		Policy # / Núm. de la Póliza de Seguros		Group#/Núm. del Grupo	
Subscriber's Name / Nombre del Subscriptor		Subscriber's Name / Nombre del Subscriptor			
Subscriber's Employer & Phone / Empleador y teléfono del subscriptor		Subscriber's Employer & Phone / Empleador y teléfono del subscriptor			
Subscriber's Date of Birth /Fecha de nacimiento del Subscriptor:		Subscriber's Sex / Sexo o género del Subscriptor: M F		Subscriber's Date of Birth /Fecha de nacimiento del Subscriptor:	
Subscriber's Sex / Sexo o género del Subscriptor: M F		Subscriber's Date of Birth /Fecha de nacimiento del Subscriptor:			
Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriptor(a)?		Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriptor(a)?			
Self / Personal Spouse / Cónyuge Child / Hijo(a)		Self / Personal Spouse / Cónyuge Child / Hijo(a)			
If you have an HMO, what hospital are you assigned to? / Si su seguro es un HMO, ¿cuál hospital se le asignó?					
Please give all insurance cards and forms to the receptionist to be copied. / Le agradeceremos le entregue todos los formularios y tarjetas del seguro a la recepcionista, para que le saque copias.					
I certify that the above information is true and accurate. / Certifico que toda la información provista es verdadera y correcta.					
Signature / Firma			Date/Fecha		