

# Charles Bailey, M.D.

## Patient Information Sheet / Datos del paciente

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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> Marital Status / Estado Civil (Circle one /Marque uno) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Menor de edad				<input type="checkbox"/> Employ Status / Clasificación laboral (Circle one /Marque uno) <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Not Employed <input type="checkbox"/> Disabled/Incapacitado(a) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Desempleado(a)		
Student Status/Horario de estudios (Circle one /Marque uno)		Employer's Name/Nombre del Empleador:			Occupation/Ocupacion:	
<input type="checkbox"/> FullTime <input type="checkbox"/> PartTime <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Date of Accident: <input type="checkbox"/> Fecha del accidente:			
¿Fue la consulta relacionada con un accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Where was the accident? / ¿Dónde ocurrió el accidente? (circle one / trace un circulo alrededor del correspondiente)						
<input type="checkbox"/> Auto/automóvil		<input type="checkbox"/> Work/Trabajo		<input type="checkbox"/> Home/Casa		<input type="checkbox"/> Other / Otras razones:
How did the accident happen? / ¿Como ocurrio su accidente?						
<b>Primary Insurance / Seguro Primario</b>				<b>Secondary Insurance / Seguro Secundario</b>		
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	
Policy # / Núm. de la Póliza de Seguros	Group#/Núm. del Grupo		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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Subscriber's Date of Birth /Fecha de nacimiento del Subscriptor:	Subscriber's Sex / Sexo o género del Subscriptor: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriptor(a)? <input type="checkbox"/> Self / Personal <input type="checkbox"/> Spouse / Cónyuge <input type="checkbox"/> Child / Hijo(a)			Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriptor(a)? <input type="checkbox"/> Self / Personal <input type="checkbox"/> Spouse / Cónyuge <input type="checkbox"/> 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>I certify that the above information is true and accurate. / Certifico que toda la información provista es verdadera y correcta.</i>						
Signature / Firma				Date/Fecha		