

PATIENT INFORMATION



ACACIA FAMILY MEDICAL GROUP

Today's Date: _____

Name (Last, First, Middle Initial)		Other Names Used or Nickname	Gender
SSN	Marital Status	Date of Birth	
Race (circle one): African-American Asian Hispanic White Declined Other -			
Ethnic Group / Heritage: African American Indian Asian Central American Central American Indian European Mexican Pacific Islander South American South American Indian Decline Other:			
Language	Preferred Physician (circle one): Any Doctor in Group Dr. or PA		
Home Address	City	State	ZIP
Mailing Address (if different than home)	City	State	ZIP
Circle preferred phone, for contact other than appointment reminders (lab results, follow up):	Home	Cell Number	Work Number
For Appointment Reminders (circle one): Home Phone, Cell Phone, Work Phone	E-mail	ID/DL #	ID/DL Exp State
Emergency Contact (Last Name, First, Middle):		Phone	Relationship

Employment and Insurance Information

Employer		Work Phone		Employer Group Insurance? Yes No	
Work Address		City		ZIP	
Primary Insurance	Name of Subscriber	Subscriber's DOB	Subscriber's SSN	Relationship	
		Policy ID	Group ID		
Secondary Insurance	Name of Subscriber	Subscriber's DOB	Subscriber's SSN	Relationship	
		Policy ID	Group ID		

Guarantor Information- Please complete if the patient is a minor or someone other than the patient is financially responsible.

Parent or Guardian (Last Name, First, Middle Initial)	DOB	Gender
	SSN	Relationship
Address	Phone (Home, Work, Cell)	
Other Parent or Guardian (Last Name, First, Middle Initial)	DOB	Gender
	SSN	Relationship
Address	Phone (Home, Work, Cell)	

Patient Authorization

I hereby give authorization for payment of insurance benefits to be made directly to the physician and any assisting physicians, for services rendered and authorize physician and clinic to release any information to process insurance claim. I also agree to pay bills unless other arrangements are made.

Signature _____ Date _____

Responsible Party of Minor _____ Date _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



ACACIA FAMILY MEDICAL GROUP

Date: _____ Initials _____

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo M H
Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	
Domicilio (donde recibe correo si diferente)				
Teléfono de Casa/Teléfono De Celular	Numero de Seguro Social		Correo Electronico	
En Caso de Emergencia, Comuníquese Con:		Telefono	Parentesco	

Información del Empleador y La Aseguranza

Nombre del Empleador	Ocupacion: Estudiante:	Teléfono de Trabajo y Extensión		
Domicilio del Empleador	Ciudad	Estado y Zona Postal		
Aseguranza Primaria/# De ID	Nombre de la Persona con Poliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco	
Aseguranza Secundaria/# De ID	Nombre de la Persona con Poliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco	
Seguro Social de Aseguranza Primaria	Seguro Social Aseguranza Secundaria			

Información del Esposo o Esposa

Nombre de Esposo/a	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al de arriba)			Ocupacion	
Empleador		Teléfono de Trabajo y Extensión		
Domicilio del Empleador	Ciudad	Estado y Zona Postal		

Información de la Madre y el Padre- Por favor complete esta sección si el paciente es menor de edad o si otra persona es responsable económicamente

Nombre de la Madre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al del paciente)			Numero de Telefono	
Nombre del Padre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social
Domicilio (Si es diferente al del paciente)			Numero de Telefono	

Autorización del Paciente

Yo, autorizo al administrador de beneficios de que pague directamente a cualquier doctor, hospital, u otro proveedor de servicios rendidos a mi persona. Yo por este medio autorizo que el proveedor de servicios proporcione información que sea necesaria para procesar reclamos a la aseguranza. Estoy de acuerdo a pagar cualquier saldo que mi aseguranza no pague. Si previamente no se ha hecho otro tipo de arreglo
 Firma de Paciente _____ Fecha _____

Persona Responsable si el paciente es menor de edad _____