

7000 West 12th Avenue
 Suite #21-22; Hialeah, FL 33014
 Phone: (305) 362-9560
 Fax: (305) 827-1581

Patient Information

Información del Paciente

First Name (Nombre)		Last Name (Apellido):		M.I (Inicial Media):	
Email address (correo electrónico)			Social Security (Seguridad Social):		
Cell Phone (celular)		Home Phone (teléfono de casa)		Work Phone (teléfono de trabajo)	
Address (dirección)			Apt /Suite #		City (ciudad)
Are you currently (actualmente) ... <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Employed /Empleado <input type="checkbox"/> Retired/ Retirado			State (estado)		Zip Code (código postal)
<input type="checkbox"/> Disabled/ Discapacitado <input type="checkbox"/> Unemployed/ Desempleado			DOB (fecha de nacimiento):		Marital Status (estado civil) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Single/Soltero
<input type="checkbox"/> Active Military Duty /Servicio militar activo			<input type="checkbox"/> Divorced/ Divorciado		<input type="checkbox"/> Married/ Casado
<input type="checkbox"/> Widowed/ La viuda					
Pharmacy Name (nombre de la farmacia)			Pharmacy Phone Number (número de teléfono de la farmacia)		
Pharmacy Address (dirección de la farmacia)					
Primary Insurance (Seguro primario)			Policy ID Number (número de identificación política)		
Subscriber (suscriptor)			Relation to Subscriber (relación al suscriptor)		
<p>Authorization & Assignment of Benefits -- I hereby authorize to Dr. Jose Orcasita-Ng of benefits due to me from my insurance company and authorize the release of any medical information required by my insurance carrier.</p> <p>Autorización & asignación de beneficios, por la presente autorizo al Dr. Jose Orcasita-Ng de beneficios debido a mí de mi compañía de seguros y autorizar la publicación de cualquier información médica requerida por mi compañía de seguros.</p>					
SIGNATURE (FIRMA):			DATE (FECHA):		

