

2017 Patient Demographic Form (Please Print)

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: F / M

Mother's Name: _____ Father's Name: _____

Home Address: _____ Apt #: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone #: (____) _____ -- _____ Cell #: (____) _____ -- _____

Secondary #: (____) _____ -- _____ Work #: (____) _____ -- _____

Email Address: _____@gmail.com/@yahoo.com/@hotmail.com/@_____

Emergency Contact (DO NOT LEAVE BLANK!!)

Contact Name: _____ Relationship to patient: _____ Phone #: _____

OPTIONAL

Ethnicity: _____ Race: _____ Language preference: _____

Please Select Your Local Pharmacy of Choice: Walgreens / CVS / Osco / Target / Walmart / Other: _____

Pharmacy Address/Location: _____ City: _____

Do you give our office permission to download your child's prescription history today and for all future appointments? Y / N _____

Please list the name of siblings along with date of birth

Name of Insurance Policy Holder: _____ Date of Birth: __/__/__ SS#: _____

Billing Address: Same as Above / Other: _____

Employers Name: _____ Address: _____

Please Check Insurance Carrier and Type: ___ PPO ___ HMO ___ HFS (Medicaid) ___ POS

Please Circle: Aetna / Meridian / Aetna Better Health / Blue Cross Blue Shield / Cigna / Humana / Tricare-Standard / United Health Care / CoreSource / Cash Account / Allied / Other: _____

PLEASE NOTE Our office does not get involved with custodial or financial disputes involving separated or divorced parents. The parent who brings in the patient will be responsible for any balances or payments due at the time of the visit and assumes responsibility for services rendered! Please initial: _____

By signing below I acknowledge that I have read and fully understand all the information listed on this form and have provided all the information to the best of my knowledge. I have read and agree to the missed appointment / late cancellation policy.

I agree to the assignment of medical benefits to Dante P. Gabriel, MD, SC for services rendered.

Parent Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

Is all the information on this form correct? If yes please sign and date below:

BE SURE TO COMPLETE ENTIRE FORM!! THANK YOU!

2017 Forma de Registracion

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Madre: _____ Nombre de Padre: _____

Domicilio: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ -- _____ Celular: (____) _____ -- _____

Secundario: (____) _____ -- _____ # de Trabajo: (____) _____ -- _____

Correo Electrónico: _____@gmail.com/@yahoo.com/@hotmail.com/@_____

Contacto de Emergencia (NO DEJE VACIO!!)

Nombre: _____ Relación a paciente: _____ # de Teléfono: _____

OPCIONAL

Etnicidad: _____ Raza: _____ Idioma Preferido: _____

Por favor seleccione su farmacia de elección: Walgreens / CVS / Osco / Target / Walmart / Otra: _____

Dirección/Locación de farmacia: _____ Ciudad: _____

*Nos da permiso de descargar la historia de medicamentos de la farmacia para su hijo/a? Si / No

Favor de apuntar los nombres de hermano/as junto con fecha de nacimiento

Persona responsable de la azeguransa:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS#: _____

Domicilio: _____

Nombre de empleador: _____ Direccion: _____

Por Favor marque su azeguransa y seleccione tipo: __ PPO __ HMO __ HFS (Medicaid) __ POS

Aetna / Meridian / Aetna Better Health / Blue Cross Blue Shield / Cigna / Humana / Tricare-Standard / United Health Care / CoreSource / Cash Account / Allied / Otra: _____

TOME EN CUENTA Nuestra oficina no se involucrara en pleitos de custodia o disputas financieras que involucren a padres separados o divorciados. El padre que traiga al paciente a su cita será responsable por cualquier balance o cargo de servicios recibidos en nuestra oficina. Su pago se debe hacer al tiempo de su visita. _____

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido toda la información que aparece en este formulario completamente y he contestado toda la información a lo mejor de mi conocimiento. He leído y estoy de acuerdo con la póliza de esta oficina referente a las citas pérdidas o cancelada tarde.

Estoy de acuerdo a la asignación de beneficios médicos a Dante P. Gabriel, MD, SC por los servicios recibidos.

Firma de Padre: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

.....
Si toda la información en esta forma este correcto favor de firmar y poner fecha abajo.

FAVOR DE LLENAR ESTA FORMA COMPLETAMENTE! GRACIAS!