

Titanium Healthcare Información Demográfica del Paciente /Patient Demographic Information

COMO SUPO DE NOSOTROS? (Google, yelp, compañía de seguros, corredora, facebook, etc.) _____

How did you hear about us? / (Google, yelp, Insurance co., broker, facebook, etc.) _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE /Patient Information

Apellido /Last Name

Nombre /First Name

IDN /Middle Initial(s)

Fecha de nacimiento/DOB

Sexo /Gender NSS /SSN

Raza/Etnicidad (Seleccione todo lo que corresponda) Race/Ethnicity (Select all that apply)

- Asiático/Isleño del Pacífico /Asian or Pacific Islander Blanco Caucasian
 Negro o Afro Americano/Black or African American Hispano o Latino /Hispanic or Latino
 Indio americano/nativo de Alaska /Native American or Alaskan Native
 Más de una raza /Multiracial Otro /Other

Idioma /Language _____

Nombre Medico Primario /Your current doctor's (PCP) name

¿Tiene Directiva por Anticipado?/Do you have an Advance Directive? Si/Yes NO/No

En caso de tenerlo, explíquelo por favor/If yes, pls explain:

Nombre del Proveedor de referencia /Referring Provider's name

INFORMACIÓN DEL CONTACTO /Contact Information

Dirección /Mailing Address

Ciudad /City

Estado/State

Código postal/Zip

Número de teléfono de casa /Home number

Numero de Celular /Cell number

Número de teléfono del trabajo /Work number

Correo electrónico /Email address

Preferencia de comunicación (marque uno) /Communication preference (please check one)

- Teléfono de casa /Home phone Numero de celular /Cell phone Numero de trabajo /Work phone Correo electrónico /Email

INFORMACIÓN DEL FARMACIA /Pharmacy information

Nombre del farmacia /Pharmacy name

Número de teléfono de la farmacia /Pharmacy name

Ciudad farmacia /Pharmacy city

INFORMACIÓN DEL SUGURO /Insurance information

Seguro primario /Primary insurance

Grupo # /group #

Numero de suscriptor # /Subscriber #

Nombre del asegurado /Name of insured

Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient

Seguro secundario /Secondary insurance

Grupo # /group #

Numero de suscriptor # /Subscriber #

Nombre del asegurado /Name of insured

Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient

CONTACTO DE EMERGENCIA /Emergency contact

Nombre de contacto de emergencia /Emergency contact name

Relacion con el/ la paciente /Relationship to patient

Dirección /Street address

Ciudad /city

Estado /State

Código postal/Zip

Número de teléfono de casa /Home phone

Numero de Celular /Cell phone

Número de teléfono del trabajo /Work phone