

PATIENT INFORMATION

Please Print

Reason for Visit _____
(RAZON POR LA VISITA)

PERSON BEING SEEN (INFORMACION DEL PACIENTE):

Date (Fecha): _____ Name (Nombre): _____
Last (Apellidos) First (Nombre) Middle Initial (Inicial del segundo nombre)

Date of Birth: _____ Sex (Sexo): M F Age (Edad): _____
(Fecha de Nacimiento): MM/DD/YY

Social Security # (Número Social): _____ Race (Raza): _____ Ethnicity: Hispanic/Latin Not Hispanic/Latin
Unknown (Desconocido)

Mailing Address: _____
(Dirección) Street (Calle) Apt. # (# Apto.) City (Ciudad) State (Estado) Country (Pais) Postal Code (Zona Postal)

Phone #: _____ E-Mail Address: _____
(Número Del Teléfono): () (Correo Electrónico):

I consent for AdventHealth Centra Care to contact me regarding my experience following my visit

PARENT / GUARANTOR INFO IF PATIENT IS A MINOR (INFORMACIÓN DEL ENCARGADO DEL MENOR):

Relation to Minor: _____ Name (Nombre): _____
(Relación a paciente): Last (Apellido) First (Nombre) Middle Initial (Inicial del segundo nombre)

Date of Birth: _____ Sex (Sexo): M F Age (Edad): _____
(Fecha de Nacimiento): MM/DD/YY

Social Security # (Número Social): _____ Race (Raza): _____ Ethnicity: Hispanic/Latin Not Hispanic/Latin
Unknown (Desconocido)

Mailing Address: _____
(Dirección) Street (Calle) Apt. # (# Apto.) City (Ciudad) State (Estado) Country (Pais) Postal Code (Zona Postal)

Phone #: _____ E-Mail Address: _____
(Número Del Teléfono): () (Correo Electrónico):

NON-RESIDENT LOCAL ADDRESS (NO RESIDENTES DIRECCION LOCAL):

HOTEL NAME: _____
(NOMBRA DEL HOTEL)

ROOM NUMBER: _____ HOTEL PHONE NUMBER: _____
(NUM. DE HABITACION) (TELEFONO LOCAL)

DEPARTURE DATE: _____ MOBILE PHONE NUMBER: _____
(FECHA DE REGRESO) (TELEFONO CELULAR)

IF TODAY'S VISIT IS RELATED TO WORKER'S COMPENSATION: (Esta visita, se relaciona con compensacion para obreros):

Company Name: _____ Company Phone #: _____ Ext: _____
(Nombre de Empresa): (Número de Teléfono): ()

Company Address: _____
(Dirección): Street (Calle) Apt. # (# Apto.) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

Employer Contact: _____ () _____
(Contacto): Name of Contact (Nombre del Contacto) Contact Phone Number (Número del Teléfono)

Date of Injury: _____ Claim #: _____
(Fecha de la Lesión): (Número de reclamación):

IF TODAY'S VISIT IS RELATED TO MEDICAL / AUTO INSURANCE: (Esta visita, esta relacionada con situacion medica/seguro de auto):

Policy Holder Name: _____ Sex (Sexo): M F
(Poseedor de la póliza): Last (Apellidos) First (Nombre) Middle Initial (Inicial del segundo nombre)

Date of Birth: _____ Social Security #: _____ Phone #: _____
(Fecha de Nacimiento): MM/DD/YY (Número Social): (Teléfono): ()

Mailing Address (Dirección): _____
Street (Calle) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

Insurance Company Name: _____ Policy #: _____
(Nombre de Compañía de Seguro): (Número de póliza):

Date of Accident: _____ Claim #: _____
(Fecha de Accidente): (Número de reclamación):

**All returned checks are subject to a \$30.00 NSF Fee