



PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

First & Last Name (Nombre y Apellido)			
Address (Direccion)		City, State (Ciudad, Estado)	
Home Telephone (Telefono)		Cell Phone (Cellular)	
Social Security (# de Seguro Social)		Email	
Race (Raza)	Ethnicity (Etnicidad)	Preferred Language (Idioma Preferido)	Date of Birth (Nacimiento)
Sex (Sexo)	<input type="checkbox"/> Female (Fem) <input type="checkbox"/> Male (Masc)	Marital Status (Estado Civil)	<input type="checkbox"/> Single (Soltero/a) <input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado/a) <input type="checkbox"/> Married (Casado/a) <input type="checkbox"/> Widowed (Viudo/a)
Employer (Empleo)		Work Telephone (Telefono de trabajo)	
IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE NOTIFY (en caso de emergencia, por favor notificar a)			

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO

PRIMARY INSURANCE /(Seguro Primario):	Policy # (# Poliza):	Group # (# Grupo):	Telephone (Telefono):
SECONDARY INSURANCE /(Seguro Secundario):	Policy # (# Poliza):	Group # (# Grupo):	Telephone (Telefono):

PHARMACY INFORMATION / INFORMACION DE FARMACIA

PHARMACY NAME (NOMBRE DE FARMACIA):	Telephone	PHARMACY ADDRESS (DIRECCION DE FARMACIA):
--	-----------	--

PRIMARY PHYSICIAN / MEDICO PRIMARIO

NAME (NOMBRE):	Telephone
-----------------------	-----------

REFERRED BY / REFERRIDO POR

NAME (NOMBRE):	Telephone	Comments
-----------------------	-----------	----------

CONSENT TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

I authorize Dr. Jan Pieter Hommen to disclose my health information and/or speak to the following person(s) regarding my care.

Yo autorizo al Dr. Jan Pieter Hommen revelar mi información médica y/o hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) referente a mi cuidado médico.

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

The authorization period I am granting is from / El periodo de autorización que estoy dando es de:

a. _____ to _____.

b. All past, present, and future periods until I so wish for it to be revoked*.

Todo periodo pasado, presente y futuro hasta que yo decida revocarlo.

*If you wish to revoke the permission to anyone listed above please make sure to inform our office in writing. / Si decide revocar el permiso dado a cualquier persona nombrada arriba por favor hacer el informe por escrito.

SIGNATURE (FIRMA):

DATE (FECHA):