

PATIENT INFORMATION
INFORMACION DEL PACIENTE

BAKERSFIELD FOOT AND ANKLE SURGEONS

Date: _____ Initials _____

Name/Nombre (Last/Apellido, First/Nombre Middle In/Segundo Nombre)		DOB/Fecha Nacimiento	Sex/Sexo
Address/Domicilio	City/Cuidad	State/Estado	Zip/Zona Postal
Phone/Telefono	SSN/Numero de Seguro Social	DL and State/Licencia de Manejar y Estado	
Emergency Contact/En Caso de Emergencia, Comunicuese Con:	Phone/Telefono	Relationship/Parentesco	

Employment and Insurance Information/Informacion del Empleador y La Aseguranza

Employer/Nombre del Empleador	Occupation/Ocupacion Student Status/Estudiante	Work Phone/telefono de Trabajo	
Address/Domicilio	City/Cuidad	Zip/Zona Postal	
Primary Insurance/Aseguranza Primaria	Name of Subscriber/Persona con Poliza	DOB/Fecha Nacimiento	Relationship/Parentesco
Secondary Insurance/Aseguranza Secundaria	Name of Subscriber/Persona con Poliza	DOB/Fecha Nacimiento	Relationship/Parentesco
Work Related?/Relacionado al Trabajo?	Phone of Work Contact/Telefono de Contacto en el Trabajo	DOI/Fecha Lastimadura	

Spouse Information/Informacion del Esposo or Esposa

First Name/Nombre	Middle In/Segundo Nombre	Last/Apellido	DOB/Fecha Nacimiento	SSN/Numero de Seguro Social
Address/Domicilio			Occupation/Ocupacion	
Employer/Empleador			Work Phone/telefono de Trabajo	
Employer Address/Domicilio Empleador		City/Cuidad	State & Zip/Estado y Zona Postal	

Parent Information-please complete if patient is a minor or someone other than the patient is financially responsible.

Informacion de la Madre y el Padre-por favor complete esta seccion si el paciente es menor de edad o si otra persona es responsable economicamente.

Mother's Name/Nombre de Madre	Middle In/Segundo Nombre	Last/Apellido	DOB/Fecha Nacimiento	SSN/Numero de Seguro Social
Address/Domicilio			Phone/Telefono	
Father's Name/Nombre del Padre	Middle In/Segundo Nombre	Last/Apellido	DOB/Fecha Nacimiento	SSN/Numero de Seguro Social
Address/Domicilio			Phone/Telefono	

Whom may we thank for referring you to our office? A quien le debemos las gracias port referirlo a nuestra clinica?

Patient Authorization/Autorizacion del Paciente

I hereby give authorization for payment of insurance benefits to be made directly to the provider and any assisting physicians, for services rendered and authorize physician and clinic to release any information to process insurance claim. I also agree to pay bills unless other arrangements are made.

Yo, autorize al administradoe de beneficios de que pague directamente a cualquier doctor, hospital, u otro proveedor de servcios rendidos a mi persona. Yo per este medio autorizo que el proveedor de servcios peoporcione informacion que sea para procesar reclamos a la aseguranza. Estoy de acuerdo a pagar cualquier saldo que mi aseguranza no page. Si previamente no se ha hecho otro tipo de arreglo.

Signature/Firma de paciente _____

Date/Fecha _____

Responsible Party of Minor/Persona Responsable Si el Paciente es Menor de Edad _____

Date/Fecha _____