

Louis E. Marchioli, M.D. & Jungmee Kim, M.D.

Patient Information Sheet / Datos del paciente

Please provide complete information so that we may bill your insurance. / Por favor provea información completa para poder enviar el cobro a la empresa de seguros.

First Name/Nombre	Last Name/Apellido	MI/Segundo Nombre	Today's Date/Fecha:
Street Address/Domicilio	Apt.# / # del Apartamento	City/Ciudad	State/Estado Zip/Código Postal
Home Phone/Teléfono de la Casa:	Work Phone/Teléfono del Trabajo:	Cell Phone/ Telefono Celular	Age/Edad:
Social Security#/Núm de Seguro Social	Date Of Birth/Fecha de Nacimiento	Sex/Sexo: M F	Driver's Lic# / Licencia de manejar:

Who referred you to our office? / ¿Quién le remitió a esta oficina?

First Name / Nombre:	Last Name / Apellido:	Phone / Teléfono:
Marital Status / Estado Civil (Circle one / Marque uno) Married Single Widowed Divorced Minor Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Menor de edad		Employ Status / Clasificación laboral (Circle one / Marque uno) Full Time Part Time Retired Not Employed Disabled/Incapacitado(a) Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado(a) Desempleado(a)
Student Status/Horario de estudios (Circle one / Marque uno) FullTime PartTime None Tiempo completo Tiempo parcial No corresponde	Employer's Name/Nombre del Empleador:	Occupation/Ocupacion:
	Employer's Phone/Teléfono del Empleador:	

Emergency Contact Name (not living with you):

Persona a contactar en caso de emergencia: (que no viva con usted) Phone Number/Núm de Teléfono

Reason for Visit:/Razón de la consulta:

Is your visit due to an accident? / ¿Fue la consulta relacionada con un accidente?	Yes / Si	No / No	Date of Accident: / Fecha del accidente:
Where was the accident? / ¿Dónde ocurrió el accidente? (circle one / trace un círculo alrededor del correspondiente)			
Auto/automóvil	Work/Trabajo	Home/Casa	Other / Otras razones:

How did the accident happen? / ¿Como ocurrió su accidente?

Primary Insurance / Seguro Primario			Secondary Insurance / Seguro Secundario		
Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros			Insurance Company Name / Nombre de la empresa de seguros		
Address / Domicilio:			Address / Domicilio:		
City / Ciudad	State / Estado	Zip / Cód. Postal	City / Ciudad	State / Estado	Zip / Cód. Postal
Policy # / Núm. de la Póliza de Seguros	Group#/Núm. del Grupo		Policy # / Núm. de la Póliza de Seguros	Group#/Núm. del Grupo	
Subscriber's Name / Nombre del Subscriber			Subscriber's Name / Nombre del Subscriber		
Subscriber's Employer & Phone / Empleador y teléfono del subscriber			Subscriber's Employer & Phone / Empleador y teléfono del subscriber		
Subscriber's Date of Birth / Fecha de nacimiento del Subscriber:	Subscriber's Sex / Sexo o género del Subscriber: M F		Subscriber's Date of Birth / Fecha de nacimiento del Subscriber:	Subscriber's Sex / Sexo o género del Subscriber: M F	
Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriber(a) Self / Personal Spouse / Cónyuge Child / Hijo(a)			Relationship to Subscriber? / Parentesco con el subscriber(a) Self / Personal Spouse / Cónyuge Child / Hijo(a)		

If you have an HMO, what hospital are you assigned to? / Si su seguro es un HMO, ¿cuál hospital se le asignó?

Please give all insurance cards and forms to the receptionist to be copied. / Le agradeceremos le entregue todos los formularios y tarjetas del seguro a la recepcionista, para que le saque copias.

I certify that the above information is true and accurate. / Certifico que toda la información provista es verdadera y correcta.

Signature / Firma	Date/Fecha
-------------------	------------