

# Azusa Way Family Medical Center

## PATIENT INFORMATION FORM-- FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>
<b>LAST NAME</b> <i>Apellido</i>	<b>FIRST NAME</b> <i>Nombre</i>	<b>MIDDLE NAME</b> <i>Segundo Nombre</i>
<b>4.</b>		<b>5.</b>
<b>SOCIAL SECURITY NUMBER</b> <i>Número de Seguro Social</i>		<b>CHART NUMBER</b>
<b>6.</b>	<b>7. MALE Macho ( )</b> <b>FEMALE Hembra ( )</b>	<b>8. SINGLE Soltero ( )</b> <b>DIVORCED Divorciado ( )</b> <b>MARRIED Casado ( )</b>
<b>DATE OF BIRTH</b> <i>Fecha de nacimiento</i>	<b>SEX</b> <i>Sexo</i>	<b>MARITAL STATUS</b> <i>Estado civil</i>
<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>
<b>HOME ADDRESS</b> <i>Domicilio</i>	<b>CITY</b> <i>Ciudad</i>	<b>STATE/ZIP CODE</b> <i>Estado/ Código Postal</i>
<b>12.</b>	<b>13.</b>	<b>14.</b>
<b>HOME TELEPHONE NUMBER</b> <i>Número de Teléfono de casa</i>	<b>CELLULAR TELEPHONE NUMBER</b> <i>Número de teléfono celular</i>	<b>WORK TELEPHONE NUMBER</b> <i>Número de Teléfono de trabajo</i>
<b>15.</b>	<b>16.</b>	<b>17.</b>
<b>PRIMARY INSURANCE NAME</b> <i>Primaria número de Seguro</i>	<b>POLICY NUMBER</b> <i>Número de póliza</i>	<b>GROUP NUMBER</b> <i>Número de grupo</i>
<b>18.</b>	<b>19.</b>	
<b>MEDICARE NUMBER</b> <i>Número de Medicare</i>	<b>MEDI-CAL NUMBER</b> <i>Número de Medi-Cal</i>	
<b>20. UNEMPLOYED Desempleados ( )</b> <b>RETIRED Jubilados ( )</b> <b>EMPLOYED Empleado ( )</b>	<b>21.</b>	<b>22.</b>
<b>EMPLOYMENT STATUS</b> <i>Condición de empleo</i>	<b>OCCUPATION</b> <i>Ocupación</i>	<b>EMPLOYER NAME</b> <i>Nombre del empleador</i>
<b>23.</b>	<b>24.</b>	<b>25.</b>
<b>WORK ADDRESS</b> <i>Dirección del Trabajo</i>	<b>CITY</b> <i>Ciudad</i>	<b>STATE/ZIP CODE</b> <i>Estado/ Código Postal</i>
<b>26.</b>	<b>27.</b>	<b>28.</b>
<b>EMERGENCY CONTACT NAME</b> <i>Nombre de contacto de emergencia</i>	<b>RELATIONSHIP WITH PATIENT</b> <i>Relación con el paciente</i>	<b>TELEPHONE NUMBER</b> <i>Número de teléfono</i>
<b>29.</b>	<b>30.</b>	<b>31.</b>
<b>ADDRESS</b> <i>Dirección</i>	<b>CITY</b> <i>Ciudad</i>	<b>STATE/ZIP CODE</b> <i>Estado/ Código Postal</i>

**CONSENT FOR TREATMENT**-- I hereby request and consent to medical evaluation, treatment, diagnostic procedures, x-rays, blood tests and immunizations deemed advisable by the professional staff of Azusa Way Family Medical Center and/or Dr. Armen Y. Nercessian, D.O. I agree to hold Azusa Way Family Medical Center and/or Dr. Armen Y. Nercessian, D.O. and the professional staff free and harmless from any claims, suits for damage, or complications which may result from such treatment. I acknowledge that I have read this consent form and understand its contents.

*Consentimiento para el tratamiento*-- Por la presente solicitud y consentimiento a la evaluación médica, el tratamiento, los procedimientos de diagnóstico, radiografías, análisis de sangre y vacunas considere aconsejable por el personal profesional de Azusa Way Centro Médico de Familia y / o el Dr. Armen Y. Nercessian, D.O. Estoy de acuerdo en celebrar Azusa Way Centro Médico de Familia y / o el Dr. Armen Y. Nercessian, D.O. and el personal profesional y libre de cualquier reclamaciones, demandas por daños, o complicaciones que puedan derivarse de ese tratamiento. Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y comprender su contenido

**PATIENT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

*Firma del paciente*

**PATIENT'S PARENT OR LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

*Del paciente padre o tutor legal de la Firma*