

PATIENT INFORMATION (Informacion del Paciente)



Center for Family Health & Education

Center for Family Health & Education
8727 Van Nuys Blvd. Panorama City, CA 91402

Date: / / Fecha:		Home Phone: () Numero de Telefono:		Cell Phone: () Numero de Celular:	
Email: Correo Electronico:		House Hold Size: Personas in Hogar:		Soc Sec # Seguro Social:	
Last Name: Apellido:		First Name: Primer Number:		Middle Name: Nombre Segundo:	
Birth Date: Fecha de Nacimiento:		Address: Direccion:			
CITY: Ciudad:		CA	ZIP: Codigo Postal:		
Race: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White / Caucasian <input type="checkbox"/> Other: _____					
Ethnicity: Do you identify with an Ethnic origin? If yes, please note: _____					
Who may we thank for refering you? Referido por:			Pharmacy of Preference: Farmacia de Preferencia:		
Sex: Sexo:	M	F	Age: Edad:	Single Soltero (a)	Married Casado(a)
In case of emergency who should be notified? En caso de emergencia notificar a:				Tel #: Numero de Telefono:	
Relationship? Relacion:					

PATIENT EMPLOYER INFORMATION
INFORMACION DE SU EMPLEADOR

EMPLOYER NAME: Nombre del Empleador:		TEL#: Numero de Telefono:	
Address: Direccion:			

INSURANCE INFORMATION
INFORMACION DE SU ASEGURANZA MEDICA

Medical # : Numero de Medical:		Medicare # : Numero de Medicare:	
HMO INSURANCE : Name: Compañia de Aseguranza Medica::		Policy #: Numero de Poliza:	
OTHER INSURANCE: Aseguranza Medica Adicional:			
Primary Insurance Co. Name: Nombre Principal de su Aseguranza Medica:			
ID# Numero de identificacion:	Group# Numero de Grupo:	Phone# Numero de Telefono:	
Secondary Insurance Co. Name: Nombre de su Aseguranza Medica Secundar			
ID# Numero de identificacion:	Group# Numero de Grupo:	Phone# Numero de Telefono:	

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT AND RELEASE

I, the undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage with _____ and assign directly to CENTER FOR FAMILY HEALTH AND EDUCATION, all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered by the him/clinic and any of his associates. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature or a copy of this authorization to be used in place of the original on all insurance submissions. This authorization may be revoked by either me or my insurance company at any time in writing.

Yo, o mi depende, certificamos que tenemos aseguranza medica con _____ el cual puede ser asignada directamente a CENTER FOR FAMILY HEALTH AND EDUCATION con todos sus beneficios medicos, si algun beneficio medico no es cubierto por mi aseguranza acepto cubrir los costos que se originen por los servicios de esta clinica o sus asociados. Entiendo que soy responsable por todos los cargos medicos pagados o no pagados por mi seguro medico. Autorizo al doctor o la clinica, dar toda la informacion necesaria para asegurar toda clase de pagos y beneficios. Tambien, autorizo el uso de esta firma o copia de esta autorizacion para que sea usada en lugar de la original y todo lo relacionado a las sumisiones de la aseguranza medica. Esta autorizacion puede ser revocada por mi o por mi aseguranza medica en cualquier momento, siempre y cuando se haga por escrito.

Date (Fecha) : / / 2021 Signature (Firma)

Household and Income Information

Due to new federal reporting regulations as a Federally Qualified Health Center, the following information is required for each patient. All information is confidential. We appreciate your cooperation with these reporting requirements and will need to collect this information annually.

Debido a las nuevas reglas de reporte Federales del Centro de Salud Federalmente Calificada, se requiere la siguiente información para cada paciente que se tendrá que recopilar anualmente. Toda su información es confidencial. Apreciamos su cooperación por estos requisitos de información.

Total number of People in Household: _____
Número total de personas en el hogar: _____

Total annual Income: \$ _____
El ingreso total anual: _____

Decline to State

Me niego a declarar

Disabled: Yes No

Are you a United States military Veteran? Yes No

Yes No

Incapacitado: Si No

Es veterano militar de los Estados Unidos? Si No

Si No

Sexual Orientation

I am: Lesbian or Gay Straight Bisexual

Soy: Lesbiana Gay Heterosexual Bisexual

Choose not to disclose Don't know

No Se Prefiero no contestar

Gender Identity

Male Female Transgender Male Transgender Female

Genderqueer Other Choose not to disclose

Date (Fecha) : / / 2021 **Signature (Firma) :** _____