

PATIENT REGISTRATION
AC# _____

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

D. O. B. ____/____/____. Gender: ____ Social Security Number: _____

Marital Status: Single () Married () Divorced () Widowed () Other () _____

Parent / Guardian (if patient is under 18 years old) _____

Street Address: _____ Apt# _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell / Mobile: _____

Email Address: _____

Employer: _____

Preferred Pharmacy Name & Address: _____

Emergency Contact Name: _____ Relationship: _____

Emergency Contact Phone #: _____

Emergency Contact Street Address: _____ Apt# _____

City _____ State _____ Zip _____

ADDITIONAL PATIENT INFORMATION

1. Reason for Today's Visit _____

2. Allergies: No known allergies Yes — Please list: _____

3. Chronic Medical Conditions (Circle all that apply) Hypertension • Diabetes • High Cholesterol • Asthma • COPD

• Thyroid Disorder • Heart disease • Kidney disease • Liver Disease • Mental Health Conditions • Arthritis • Seizure

Disorder • Cancer • Other: _____

4. Current Medications: Medication | Dose | Frequency | Doctor _____

5. Past Medical History: _____

6. Social History Tobacco: •Never •Former •Current Alcohol: •No •Yes(How often?) _____

Drugs: •No •Yes (Type) _____

7. Anything Else the Doctor Should Know _____

INSURANCE AND BILLING INFORMATION

Name of Insured (If other than patient) _____

Relationship to Patient _____ D. O. B. ____/____/____.

Insurance Company Name: _____ Phone #: _____

Insurance Company Address: _____

Insurance ID#: _____ Policy / Group#: _____

Medicare#: _____ Medical ID#: _____

TREATMENT AUTHORIZATION AND ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

 • I HEREBY AUTHORIZE **DR. KAZMI** AND OR OTHER DOCTORE, NURSES AND HEALTH CARE PROFESSIONALS WORKIN FOR FAITH FAMILY HEALTH CARE, TO TREAT ME OR MY MINOR CHILD.

• I UNDERSTAND IT IS MY RESPONSIBILITY TO PAY FOR SUCH SERVICE EVEN IF I HAVE INSURANCE COVERAGE BENEFITS. I HEREBY ASSIGN SUCH INSURANCE BENEFITS TO FAITH HEALTH CARE AND/OR ITS HEATH CARE PROFESSIONAL AND AUTHORIZE DIRECT PAYMENT TO THEM FOR SERVICE RENDERED TO ME OR MY MINOR CHILD.

• I UNDERSTAND I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY BALANCE NOT COVERED BY MY INSURANCE BENEFITS.

• I HEREBY AUTHORIZE FAITH FAMILY HEALTH CARE TO RELEASE ANY NECESSARY MEDICAL OR PERSONAL INFORMATION THAT MAY BE NEEDED TO FACILITATE PAYMENT FOR SERVICE.

NAME (please print): _____

SIGNATURE: _____ Date: ____/____/____.



REGISTRACION DEL PACIENTE
AC# _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____. Genero: _____. Numero Social: _____

Marital Status: Soltera/o () Viuda/o () Casada/o () Otro () _____

Padre / Tutor (Si el Paciente es Menor de 18 anos) _____

Direccion: _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Numero Trabajo: _____ Celular: _____

Email Address: _____

Empleador: _____

Farmacia Preferida Nombre / Direccion: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relationship: _____

Contacto de Emergencia Telefono#: _____

Contacto de Emergencia Direccion: _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE

1. Motivo de la visita de hoy _____

2. Alergias: No tiene alergias conocidas Sí — Por favor liste: _____

3. Enfermedades médicas crónicas (Marque todas las que correspondan) Hipertensión • Diabetes • Colesterol alto

• Asma • EPOC • Trastorno de tiroides • Enfermedad cardíaca • Enfermedad renal • Enfermedad hepática

• Condiciones de salud mental • Artritis • Trastorno convulsivo • Cáncer • Otro: _____

4. Medicamentos actuales : Medicamento | Dosis | Frecuencia | Médico _____

5. Antecedentes médicos : _____

6. Historia social Tobacco: •Nunca •Anterior •Actual Alcohol: •No •Sí(Con qué frecuencia?) _____

Drogas: •No •Sí (Tipo) _____

7. Cualquier otra información que el doctor deba saber _____

INFORMATION DEL SEGURO Y FACTURACION DE LA POLIZA

Nombre del Dueno de la Poliza / Seguro: _____

Parentesco con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____.

Nombre de la Compania de Seguro: _____ Telefono #: _____

Direction de la Compania de Seguro: _____

Numero de Seguro / Poliza: _____ Poliza / Grupo#: _____

Medicare#: _____ Medical ID#: _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

 • POR LA PRESENTE AUTORIZO AL **DR. KAZMI** Y/O A OTROS MÉDICOS, ENFERMERAS Y PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN PARA FAITH FAMILY HEALTH CARE, A TRATARME A MÍ O A MI HIJO MENOR.

• ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PAGAR POR DICHOS SERVICIOS AUNQUE TENGA BENEFICIOS DE COBERTURA DE SEGURO. POR LA PRESENTE CEDO DICHOS BENEFICIOS DE SEGURO A FAITH HEALTH CARE Y/O A SUS PROFESIONALES DE LA SALUD Y AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A ELLOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS A MÍ O A MI HIJO MENOR.

• ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER SALDO NO CUBIERTO POR MIS BENEFICIOS DE SEGURO.

• POR LA PRESENTE AUTORIZO A FAITH FAMILY HEALTH CARE A REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA O PERSONAL NECESARIA PARA FACILITAR EL PAGO POR LOS SERVICIOS.

NAME (please print): _____

SIGNATURE: _____ Date: ____/____/____.

