

Last Name (Apellido) _____ **First Name (Nombre)** _____ **MI**

DOB (Fecha de Nacimiento) ____/____/____ **Gender (Sexo):** (M) (F)

Status (Estado Civil):

Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Separated ☐ Widow ☐ Common Union ☐
(Soltero) (Casado) (Divorciado) (Separado), (Viuda) (Union Comun)

Language Preference (Preferencia de Idioma): Español ☐ English ☐ Other _____

Race (Raza): Hispanic ☐ White ☐ Black ☐ Asian ☐ Latin American Indian ☐

Spanish American Indian ☐ African American ☐ American Indian ☐ African ☐ Other _____

Ethnicity (Etnicidad): Latin American ☐ Caribbean ☐ Afro-Caribbean ☐ African ☐ Central American

☐ African American ☐ Dominican ☐ Colombian ☐ Mexican ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Other _____

Address: _____ **Apt #** _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Tel: _____ **Cel:** _____ **Ocupation/Profesión:** _____
Name Emergency Contact: _____ Relation: _____
Nombre Contacto de Emergencia: _____ **Tel:** _____ Relación: _____

E-Mail (Correo Electrónico): _____

SS#: _____ **or ID** _____ **ID Type (Tipo de ID)** _____

Legal Guardian (Tutor Legal): _____ A) Self (Yo) _____ B) Other (Otro) _____

Transition of Care/Transición de su cuidado médico:

We need to transfer personal health record. Please provide previous doctor information and point of contact.
Necesitamos transferir su registro personal de salud a nuestra clínica. Por favor proveer la información de su médico previo y a quien contactar.

Previos Doctor/Clinic / Médico Previo/Clínica:

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Tel: _____ **Fax:** _____ **Email:** _____

Point of contact/Manager/Punto de Contacto/Gerente:

Current or Past Diagnoses (Diagnóstico Actual o Pasada):

Previous Clinical Visits (Visitas Clínicas Previas):

Health Insurance Coverage (Cobertura de Seguro de Salud):

1199 ☐ Metroplus ☐ Health First ☐ Elder Plan ☐ Liberty ☐ Medicare ☐ WellCare ☐
Aetna ☐ Amerigroup ☐ Somos ☐ Fidelis ☐ Magnacare ☐ Multi Plan ☐ Other (Otro) _____
Molina ☐ Aetna ☐ UnitedHealthcare ☐ GHI ☐ Medicaid ☐ VNS ☐ _____

Insurance ID (ID de Seguro):