

Date | Fecha: ____/____/____

Patient Information | Información del Paciente:

Name | Nombre: _____ Date of Birth | Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN: ____-____-____

Address | Dirección: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone | Teléfono: _____ Email | Correo Electrónico: _____

Primary Care Physician | Médico Primario: _____ Phone | Teléfono: _____

Preferred Pharmacy | Farmacia: _____ Phone | Teléfono: _____

Employer | Empleador: _____ Phone | Teléfono: _____

How did you hear about us? | ¿Cómo se enteró de nosotros? Google Yelp Facebook Instagram Family/Friend | Familia/Amigo Employer | Empleador Insurance | Seguro Community Event (Please specify) | Evento Comunitario (Por favor especifique): _____ Other (Please specify) | Otro (Por favor especifique): _____**Reason for visit | Razón de la visita:**_____
_____Is this a work injury? | ¿Es esto una lesión laboral? Yes, Date of Injury | Sí, fecha de la lesión: ____/____/____ No**Insurance Subscriber | Suscriptora de Seguros:** Same as patient | Igual que el paciente

Name | Nombre: _____ Date of Birth | Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Phone | Teléfono: _____ Relationship to Patient | Relación con el Paciente: _____

Emergency Contact (other than insurance subscriber) | Contacto de Emergencia (que no sea suscriptor de seguro):

Name | Nombre: _____ Relationship to Patient | Relación con el Paciente: _____

Address | Dirección: _____

Phone | Teléfono: _____ Email | Correo Electrónico: _____

I verify that I have received a copy of Urgent Doc's Notice of Privacy Practices (attached to clipboard), and consent to treatment.

Verifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Urgent Doc (adjunto al portapapeles) y doy mi consentimiento para el tratamiento.

(Signature | Firma)_____
(Relationship to Patient | Relación con el Paciente)