

ADVANCED HEARING CENTER
1223 Lake Pointe Pkwy, Sugar Land, TX 77478
(281) 491-0200 FAX (281)491-0771

PATIENT INFORMATION

Thank you for choosing our office. In order to serve you properly, we need the following information. Please print. All information will be confidential.

INFORMACIÓN PACIENTE

Se le agradez a usted por elegir nuestra oficina. Para servirle correctamente, necesitamos información de siguiente. Por favor de completar. Toda su información será confidencial.

Date: _____ **Patient Name:** _____
 (Fecha) (Nombre del paciente)

SSN: _____ **Male:** **Female:** **Marital Status:** _____
 (Seguro Social) (Varón) (Hembra) (Estado Marital)

Date of Birth (mm/dd/yyyy): ____/____/____ **Place of Employment:** _____
 (Fecha de nacimiento) (Lugar de trabajo)

Home Phone :(____) _____ - _____ **Work Phone :**(____) _____ - _____ **Cell Phone:** (____) _____ - _____
 (Teléfono de casa) (Teléfono de trabajo) (Teléfono celular)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____
 (Direccion) (Cuidad) (Estado)

Zip Code: _____ **E-mail:** _____
 (Codigo Postal) (Correo electronico)

Preferred Method of Contact: _____
 (Método de contacto preferido)

Primary Care Physician: _____
 (Médico de cuidado)

Address: _____ **Telephone :**(____) _____
 (Direccion) (Telefono)

May we send your physician a report? (circle one) yes no
 Podemos contactar su doctor por cualquier pregunta? (circule uno) SI NO

How did you <i>hear</i> about us? (circle all that apply)		
Como supo de nuestra compania? (circule lo que se aplica)		
Can we thank someone for referring you? Le podemos agradecer a alguien? _____	Or did you find us on your own? O los busco por usted propio? _____	
Family member _____ (Miembro de la familia)	Doctor _____ (Doctor)	Our Website _____ (pagina electronica)
Coworker _____ (companero de trabajo)	Neighbor _____ (vecino)	Insurance Company _____ (Compania de seguro)
Friend _____ (Amigo (a))		Newspaper Ad _____ (Pediastico)
Other: _____ (Otro: _____)		Flyer _____ (Anuncio)
		Magazine _____ (Revista)
		Other: _____ (Otro: _____)

Person to contact in case of emergency: _____
 (En caso de emergencia a quien contactamos)

Phone Number (Numero de telefono) :(____) _____ - _____

INSURANCE (Seguro)

Name (Nombre): _____ **Secondary (Secundario):** _____

Address (Direccion): _____ **Address (Direccion):** _____

Policy Holder: _____ **Date of Birth:** _____

(Sostenedor de Poliza) (Fecha de nacimiento)

I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care, advice and treatment for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to Advanced Hearing Center.

Autorizo el lanzamiento de cualquier información respecto mi (o mi niño) cuidado médico, consejo y tratamiento para el propósito de evaluar y de administrar las demandas para las ventajas de seguro. I también por este medio autorizo el pago de las ventajas de seguro de otra manera pagaderas a mí directamente al ADVANCED HEARING CENTER.

Signature (Firma) _____

Date (Fecha) _____