

CARIDAD CENTER

Caridad Health Clinic

Patient Information - Información del Paciente

Patient Name _____ / _____ / _____
Last Name/APELLIDO First Name/Nombre Middle Name/Segundo Nombre

If patient is a child, name of parent or guardian _____ / _____
Si el paciente es menor de 18 años, nombre del padre/madre/guardian legal Last Name/APELLIDO First Name/Primer Nombre

Address/Dirección _____
_____ / _____ / _____
City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

Telephone Numbers _____ / _____ / _____
Numeros de teléfono Home/Casa Cellular/Mobil Spouse/Friend/Esposo/a/Amigo

Social Security No. _____ / _____ / _____ Sex: Male _____ Female _____
Número de Seguro Social Sexo: Hombre Mujer

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Age: _____ Place of Birth _____
Fecha de Nacimiento: Month/Mes Date/Día Year/Año Edad: Lugar de Nacimiento

Marital Status: Married _____ Single _____ Widow(er) _____ Divorced _____
Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Spouse Name: _____ / _____ / _____
Nombre de Esposo(a) Last Name/APELLIDO First Name/Primer Nombre Age/Edad

Children & Date of Birth _____
Hijos y Fecha de Nacimiento _____

Do you have Health Insurance? Yes _____ No _____ If yes, Insurance Company _____
Tiene Seguro Médico? Si No Nombre de compañía

Has patient visited other doctor(s) in the last 12 months? Yes _____ No _____ If Yes please list name(s) and phone(s) number(s)
Ha visitado usted otro(s) doctor(es) en los últimos 12 meses? Si No Si Si favor de listar su(s) nombre(s) y teléfono(s)

Name _____ Phone _____

Name _____ Phone _____

Name _____ Phone _____

Is patient, parent or legal guardian working? Yes _____ No _____ Employer Name _____
Esta el paciente, padres o guardian legal trabajando? Si No Nombre de empleador

If not employed, how is patient supported financially? _____
Si el paciente no está trabajando, cómo se sostiene económicamente?

Is patient allergic to Penicillin or other medications? Yes _____ No _____ Which? _____
Es el paciente alérgico a la penicilina or alguna otra medicina? Si No Cual?

Patient Signature/Firma del Paciente _____