

Patient Information

GROSSMAN IMAGING CENTERS

ALL INFORMATION MUST BE COMPLETED - PLEASE PRINT

DATE (Fecha)

Last Name (Apellido) _____ First Name (Nombre) _____ M.I. _____

Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____ Age (Edad) _____ Sex (Sexo) _____ Marital Status (Estado Matrimonial) _____

Address Apt# (Domicilio, Numero y Calle) _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip Code (Zona Postal) _____

Phone (home) () _____ Phone (work) () _____ Phone (cell) () _____
(Telefono de Casa) (Telefono de Trabajo) (Telefono Celular)

Driver's License NO. (Numero de Licencia para Conducir) _____ Social Security No. of Patient (Numero de Seguro Social) _____

Patient's Employer (Compañia de Trabajo) _____ Employer's Address (Domicilio de su Trabajo) _____

City (Ciudad y) _____ State (Estado) _____ Zip (Zona Postal) _____

Spouse or Guardian (Nombre de Su Espos(a), o (Persona Responsable) _____ Relationship (Relacion) _____

Social Security No. (Numero de Seguro Social) _____ Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____

Spouse or Guardian's Employer (Compañia de trabajo de Espos(a), o Persona Responsable) _____

Employer's Address (Domicilio de su Trabajo) _____ Employer's Phone () _____
(Telefono de Trabajo)

Nearest Relative Not Living With You (Nombre de Pariente mas cercano que no vive con Usted) _____ Relationship to Patient (Relacion) _____

Address (Domicilio) _____ Phone (Day) () _____
(Telefono de Dia)

Doctor who referred you to our office _____
(Nombre del doctor quien lo mando)

Was there an injury ? No Yes Date of injury / / Type of injury: Work Injury Personal Injury
(Fue un Herida) (No) (Si) (Fecha de Herida) (Tipo de Herida) (Herida de trabajo) (Herida Personal)

Unless prior arrangements have been made with this office, ALL fees are due from ALL PATIENTS as services are rendered. (A menos que arreglos sean hechos con anticipacion con esta oficina, Todos los cobros se pagaran por todos LOS PACIENTES al recibir los servicios).

ARE YOU CURRENTLY LIVING IN A SKILLED NURSING FACILITY? YES NO NAME OF FACILITY _____
(¿Esta Usted actualmente viviendo en una institucion de enfermeria especializada?) (Si) (No) (Nombre de la institucion)

PRIMARY INSURANCE (Seguranza Primaria) _____ NAME OF INSURED (Nombre de Segurado) _____

ATTORNEY OR ADDITIONAL INSURANCE (Abogado o' Seguranza adicional) _____ NAME OF INSURED (Nombre de Segurado) _____