

Flushing Radiation Oncology

Patient Information Form (Informacion del paciente)

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____
Social Security # (# de seguridad social): _____
Age(Edad): _____ Date Of Birth (Fecha de Nacimiento): ____/____/____
Marital Status (Estado civil): Single (soltero/a) Married (casado/a) Widowed (viudo/a) Divorced (Divorciado/a)
Sex (Sexo): Male (Masculino) Female (Femenina)
Home Address (Dirección de casa): _____ APT #(apto): _____
City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Codigo Postal): _____
Home Phone (Teléfono de casa): () - ____ - _____ Cell Phone (Teléfono de celular): () - ____ - _____
Occupation (Occupacion): _____ Work Phone (Telefono de trabajo): () - ____ - _____

In Case of Emergency (En caso de emergencia):

Name (Nombre): _____ Phone (Telefono): () - ____ - _____
Relationship (Relacion): _____
Address (Direccion): _____

Insurance Information (informacion de Seguro):

As a courtesy, we will bill your primary and secondary insurance carrier if you provide all necessary information such as insurance cards. HMO co-pays are collected for each visit at check in. We only accept cash or check. A \$25.00 fee will be charged for all returned checks. (Como muestra de cortesía, les combraremos a sus compañía de seguros de primaria y secundaria si toda la información necesaria y tarjetas de seguro son entregadas. Sólo aceptamos efectivo o cheque. Seguro HMO se collecta los co-pagos antes de cada visita . Una cuota de \$ 25.00 será cobrado por cada cheque devuelto.)

Primary Insurance (Seguro Primario)

Secondary Insurance (Seguro Secundario)

Insurance Name (Nombre del Seguro): _____	_____
Policyholder Name (Nombre en el policy): _____	_____
Patient relation to insured: <input type="checkbox"/> self (propio) <input type="checkbox"/> spouse(esposo/a) <input type="checkbox"/> parent (padres) <input type="checkbox"/> self <input type="checkbox"/> spouse <input type="checkbox"/> parent (Relacion de paciente a los asegurados)	
Policyholder Date of Birth (Fecha de nacimiento): ____/____/____	____/____/____
Policyholder ID (ID del policy persona): _____	_____
Group # (# de grupo): _____	_____

Patient's signature (Firma del paciente): X _____ Date (Fecha): _____

If patient is unable to sign, may be signed by someone who is authorized by patient to sign for him/her.
(Si el paciente es incapaz de firmar, esta forma puede ser firmada por alguien autorizado por el paciente.)

Name (Nombre): _____ Relationship (Relacion): _____
Signature (Firma): X _____ Date (Fecha): _____

For billing purposes we require this form to be fully completed. We reserve the right to reschedule any appointments due to incomplete forms or tardiness. Thank you for your cooperation. (Por los propositos de la factura requerimos este fomulario ser completamente llenado. Reservamos el derecho de cambiar la hora de cualquier cita debido a un formulario incompleto o por tardanza. Gracias por su cooperacion.)

Referring/ Primary Care Physician

Referring Physician (Doctor referido): _____

Phone (Telefono): () - ____ - _____

Address (Direccion): _____

Primary Care Physician (Doctor de familia): _____

Phone (Telefono): () - ____ - _____

Address (Direccion): _____
