

**Section 1: Please fill out all of the following information – For all Patients.**

Parte 1: Por favor complete toda la siguiente información - Para todos los Pacientes

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

**Preferred Name:** \_\_\_\_\_

Nombre Preferido

**Marital Status:** Single Married Separated Divorced Widowed

Estado civil: soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a

**Social Security Number:** \_\_\_\_\_

Numero de seguro social

**Home# / Cell#:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ & (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de casa / celular

**Address:** \_\_\_\_\_

Dirección

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

Cuidad

Estado

Código Postal

**Email address:** \_\_\_\_\_

Correo electrónico

**Employment:** Full Time Part Time Retired Self Employed Student Not Employed Disabled

Empleo tiempo completo tiempo parcial jubilado trabajador independent alumno/a desempleado discapacitado

**Select one or more race:** Por favor seleccione uno o mas de las razas siguientes

White/Blanca Latino/Hispano American(o) Africano Indian Indio/ Alaska Native Nativo de Alaska Asian Asiático Black-African/American Negro Africano  
Native Hawaiian Nativo Hawaiano Pacific Islander Isleño del Pacifico Other \_\_\_\_\_

**Is this exam related to an Injury?** YES (si) NO

Este examen está relacionado con una lesión?

**If yes, please specify:**  WC  Auto **Claim #/DOA:** \_\_\_\_\_

Si si, por favor especificar:

**Primary Doctor?** \_\_\_\_\_

Doctor primario

**Referring Doctor** \_\_\_\_\_

Doctor referente

**Relationship to patient?** Self Spouse Child Other \_\_\_\_\_

Relación con el paciente Yo Conyuge Niño/a Otro

**Section 2: Please fill out all of the following information – For Insurance & Attorney Info.**

Parte 2: Por favor complete toda la siguiente información - información para seguro y abogado

**PRIMARY INSURANCE** (Seguro Primario)

**1st Insurance Company:** \_\_\_\_\_

1ª Compañía de seguros

**Policy Holder:** \_\_\_\_\_

Titular de la póliza

**Relationship to Policy Holder:** \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza

**Policy Holder Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza

**SECONDARY INSURANCE:** If Medicare is secondary, include MSP Questionnaire Si Medicare es secundario, incluya el cuestionario MSP

**2nd Insurance Company:** \_\_\_\_\_

2ª Compañía de seguros

**Policy Holder:** \_\_\_\_\_

Titular de la póliza

**Relationship to Policy Holder:** \_\_\_\_\_

Relación con el titular de la póliza

**Policy Holder Date of Birth:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza

**Section 3: Please fill out all of the following information – For Worker's Comp Injury ONLY.**

Parte 3: Por favor complete toda la siguiente información — Para lesiones de compensación del trabajador SOLAMENTE.

**Employer:** \_\_\_\_\_ **Work Phone #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Date of Injury:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Empleador

Teléfono del trabajo

Fecha de la lesión

**Work Address:** \_\_\_\_\_ **Adjuster's Name:** \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo

Ajustador

I attest the information provided is true to the best of my knowledge Yo testifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento:

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature/ Firma del Paciente / Guardián

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient / Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha