

FRANCISCO J. BORJA, M.D. - Orthopedic Surgeon

Welcome to Our Office / Bienvenidos a Nuestra Oficina

Today's date:

Fecha: _____

Is Your Visit Today Accident Related: Yes (si) / No

Es su cita hoy causa de un accidente:

If Yes, DOA: _____

Fecha del Accidente:

If Yes, Accident Details (Where & How):

Detalles de su accidente (Donde y Como le Ocurrio):

Patient's Name:

Nombre Del Paciente: _____

Date Birth:

Fecha de Nacimiento: _____

Age:

Edad: _____

Patient's Permanent Address:

Direccion del Paciente: _____ **Zip Code:** _____

Home Phone:

Telefono de Casa: _____

Cell Phone:

Telefono Celular: _____

E-Mail Address:

Correo Electronico: _____

Social Security #:

No. Seguro Social: _____

Marital Status: S M D W

Estado Civil: S C D V

Sex: M / F

Sexo: M / F

Employer's Name:

Nombre de Su Empleador: _____

Occupation:

Ocupacion: _____

Employer's Address:

Direccion del Trabajo: _____

Work Phone:

Telefono del Trabajo: _____

Primary Care Physician (PCP):

Medico de Cabecera: _____

PCP's Phone:

Telefono del Medico: _____

Referring Physician if other than PCP:

Referido por otro Medico: _____

Ref. M.D.'s Phone:

Telefono del Medico: _____

Spouse's Name:

Nombre de su Esposo(a): _____

Spouse's Work Phone:

Telefono del Trabajo: _____

In Case of Emergency Please Contact:

En caso de Emergencia llamar a: _____

Relationship & Phone:

Relacion y Telefono: _____

1. **May we leave a message in your voicemail or on your answering machine:** [] Yes (si) / [] No

Podemos dejarle un mensaje en su maquina telefonica o correo electronico:

2. **May we discuss medical information about you with your spouse or family member:**

Nos autoriza a discutir informacion medica con su esposo(a) o su familiar:

[] Yes (si) / [] No

Patient's Signature or Guardian if Minor:

Firma del Paciente o Guardian si Menor de Edad: _____

INSURANCE INFORMATION SHEET

P.2

Patient's Name / *Nombre del Paciente:* _____

Primary Health Insurance Information / *Informacion de su Seguro Medico Primario:*

Insurance Name: _____ **Telephone:** _____
Nombre de la Compania de Seguro: _____ *Telefono:* _____

Policy Holder's Name: _____ **Policy Holder's DOB:** _____
Nombre del Asegurado: _____ *Fecha de Nacimiento del Asegurado:* _____

Group #: _____ **Policy#:** _____ **Policy Holder's SS#:** _____ **Relationship to Patient:** _____
De Grupo: _____ *# De Poliza:* _____ *# SS del Asegurado:* _____ *Relacion al Paciente:* _____

Secondary Health Insurance Information / *Informacion de su Seguro Medico Secundario:*

Insurance Name: _____ **Telephone:** _____
Nombre de la Compania de Seguro: _____ *Telefono:* _____

Policy Holder's Name: _____ **Policy Holder's DOB:** _____
Nombre del Asegurado: _____ *Fecha de Nacimiento del Asegurado:* _____

Group #: _____ **Policy#:** _____ **Policy Holder's SS#:** _____ **Relationship to Patient:** _____
De Grupo: _____ *# De Poliza:* _____ *# SS del Asegurado:* _____ *Relacion al Paciente:* _____

Auto (PIP) Insurance Information / *Informacion de su Seguro de Automovil (PIP):*

Insurance Name: _____ **Telephone:** _____
Nombre de la Compania de Seguro: _____ *Telefono:* _____

Policy Holder's Name: _____ **Policy Holder's DOB:** _____
Nombre del Asegurado: _____ *Fecha de Nacimiento del Asegurado:* _____

Policy#: _____ **Claim#:** _____ **DOA:** _____ **Relationship to Patient:** _____
#de Poliza: _____ *# de Reclamo:* _____ *Fecha del Accidente:* _____ *Relacion al Paciente:* _____

Claims Mailing Address: _____ **Adjuster's Name & Phone#:** _____
Direccion del Seguro: _____ *Nombre y Telefono de su Representante:* _____

I certify that the Insurance Information I have provided above to Dr. Francisco J. Borja for my visit today is correct. / Yo certifico que la informacion de mi seguro dada al Dr. Francisco J. Borja para mi cita hoy esta correcta.

Patient's Signature or Guardian if Minor: _____
Firma del Paciente o Guardian si Menor de Edad: _____