

Patient Demographic
Información Sobre el Paciente

General Information/ Información General

_____ Last Name / <i>Apellido</i>	_____ First Name / <i>Primer Nombre</i> _____/_____/_____	_____ Middle Initial / <i>Inicial</i> S M D W Minor
_____ Social Security Number / <i>Numero de Seguro Social</i>	_____ Date of Birth / <i>Fecha De Nacimiento</i>	_____ Marital Status / <i>Estado Civil</i>
_____ Address / <i>Dirección</i> _____ (_____)_____	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i> and / Zip Code/ <i>Código Postal</i> _____ (_____)_____	_____ DL/ID & State / <i>Número de Licencia</i>
_____ Home Phone Number / <i>Teléfono de Casa</i>	_____ Mobile/Pager Number / <i>Teléfono de Celular/Pager</i>	_____ Gender / <i>Género</i>
_____ Primary Care Physician Name <i>Nombre del Doctor General</i>	_____ Primary Care Physician Address <i>Dirección del Doctor</i>	_____ PCP Phone # <i>Número de Licencia</i>

Patient Employer Information / Información de Empleado del Paciente

_____ Employer Name / <i>Nombre del Empleador</i>	_____ Occupation / <i>Ocupación</i>	_____ Phone Number / <i>Teléfono</i>
_____ Employer Address / <i>Dirección del Empleador</i>	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i>	_____ Zip Code / <i>Código Postal</i>

Guarantor Information (Responsible Party) / Información de la Persona Responsable

_____ Guarantor Name / <i>Nombre de Persona Responsable</i>	_____ Relationship to Patient / <i>Relación al Paciente</i>	_____ Phone Number / <i>Teléfono</i>
_____ Address / <i>Dirección</i>	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i>	_____ Zip Code / <i>Código Postal</i>
_____ Date of Birth / <i>Fecha De Nacimiento</i>	_____ Name of Employer / <i>Nombre del Empleador</i>	_____ Social Security / <i>No. de Seguro</i>
_____ Employer Address / <i>Dirección del Empleador</i>	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i>	_____ Zip Code / <i>Código Postal</i>

Insurance Information / Información de Seguro Medico

_____ Name of Insurance / <i>Nombre de Seguro Medico</i>	_____ Member/Subscriber ID # / <i>No. de el miembro/abonado</i>	_____ Group # / <i>Directiva de Grupo</i>
_____ Insurance Address / <i>Dirección de Seguro Medico</i>	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i>	_____ Zip Code / <i>Código Postal</i>
_____ Subscriber Name / <i>Nombre del Miembro/abonado</i>	_____ Social Security Number / <i>Numero de Seguro Social</i>	_____ Date of Birth / <i>Fecha De Nacimiento</i>

Secondary Insurance Information / Información de Seguro Medico Secundaria

_____ Name of Insurance / <i>Nombre de Seguro Medico</i>	_____ Member/Subscriber ID # / <i>No. de el miembro/abonado</i>	_____ Group # / <i>Directiva de Grupo</i>
_____ Insurance Address / <i>Dirección de Seguro Medico</i>	_____ City & State / <i>Ciudad y Estado</i>	_____ Zip Code / <i>Código Postal</i>
_____ Subscriber Name / <i>Nombre de Miembro/abonado</i>	_____ Social Security Number / <i>Numero de Seguro Social</i>	_____ Date of Birth / <i>Fecha De Nacimiento</i>

Contact for General Information / Contacto de Información General

Name / Nombre de Contacto

Relationship to Patient / Relación Al Paciente

Phone Number / Teléfono

Address / Dirección

City & State / Ciudad y Estado

Zip Code / Código Postal

Emergency Contact / Contacto en Caso De Emergencia

Name / Nombre de Contacto de Emergencia

Relationship to Patient / Relación Al Paciente

Phone Number / Teléfono

Address / Dirección

City & State / Ciudad y Estado

Zip Code / Código Postal

Authorization Release of Medical Records / Autorización al Acceso a los Registros Médicos

I authorize UT Medicine San Antonio to release any medical information including diagnosis, x-rays, test results, reports and records pertaining to any treatment or examination rendered to me. I understand that this medical information may be used in any of the following purposes: diagnostic, insurance, legal, and at times when UT Medicine San Antonio deems it necessary in order to ensure the best medical care on my behalf. I further understand that any person(s) that receive these medical records will not release any of the medical information obtained by this authorization to any other person or organization without a further authorization signed by me for release of the information.

Yo autorizo a UT Medicine San Antonio el acceso a cualquier información médica incluyendo: diagnósticos, radiografías, resultados, informes y registros médicos referentes a cualquier tratamiento o examen que me sea rendida. Yo entiendo que esta información médica puede ser utilizada en cualquiera de los siguientes propósitos: diagnóstico, seguro médico, legal y en ocasiones cuando UT Medicine San Antonio estime que sea caso necesario al fin de asegurar mejor cuidado médico de mi parte. Yo tengo entendido que cualquiera de las personas que reciban estos registros médicos que esta autorización halla obtenido no serán trasferidos sin obtener otra autorización con su firma.

Consent of Treatment / Consentimiento De Tratamiento Medico

As a consenting adult, I agree to permit the physicians and staff of UT Medicine San Antonio to provide medical care to myself, my child or the patient I represent, as applicable. By signing below, I am indicating that I am either the patient or have the authority to give consent for the patient. I agree to permit the physician and staff of UT Medicine San Antonio to perform necessary or appropriate task for medical care including physical examination, diagnosis and treatment.

Siendo adulto consiente yo doy el permiso a los médicos y empleados de UT Medicine San Antonio a proveer el cuidado médico a mí, mi hijo(a) o a el paciente a quien yo represento, como sea aplicado. Firmando abajo, yo estoy indicando que yo soy el paciente o tengo autoridad de dar consentimiento por el paciente. Estoy de acuerdo al permitir a los médicos y empleados de UT Medicine San Antonio de llevar a cabo los medios necesarios o apropiados sin ninguna otra autorización firmada por yo mismo(a), incluyendo: examen físico, diagnostico y tratamiento.

Assignment of Benefits / Asignación de Los Beneficios de Seguro Medico

I hereby assign all medical and/or surgical benefits to include major medical benefits to which I am entitled, including Medicare, Private Insurance and/or any other health plans to UT Medicine San Antonio. I understand that I am responsible for scheduling with a participating physician and to follow up on any discrepancy in coverage with my insurance plan. I am financially responsible for all charges whether or not paid by my insurance. I hereby authorize UT Medicine San Antonio to release all information necessary to secure payment.

Por el presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos que incluye beneficios mayores médicos a lo que me corresponde, incluyendo a Medicare, Seguro Medico Privado y/o otros seguros médicos a UT Medicine San Antonio. Yo comprendo que es mi responsabilidad de planificar con proveedores participantes y la diferencia de la cobertura. Yo soy responsable económicamente de todos los cargos sean o no pagados por mi seguro médico. Por presente autorizo a UT Medicine San Antonio dar toda información necesaria para asegurar el pago.

I have read and agree with the Authorization Release of Medical Records, Consent for Treatment and Assignment of Benefits. *Yo e leído y estoy en acordaría con la "Autorización al Acceso a los Registros Médicos, Consentimiento De Tratamiento Medico y asignación de Los Beneficios de Seguro Medico".*

Signature of Patient, Parent or Guardian
Firma del Paciente/o Representante Legal

Date
Fecha

Printed Name of Patient, Parent or Guardian
Imprima en Letra de Molde

Relationship to Patient
Relación al Paciente