

# American Wellness & Imaging ■ Picture Perfect Health

PLEASE PRINT (LETRA DE MOLDE)

Date \_\_\_\_\_

## PATIENT (PACIENTE)

PATIENT LAST NAME (APELLIDO)		FIRST NAME (1ER NOMBRE)		INIT. (INIC.)	MAIDEN NAME (APELLIDO DE SOLTERA)
STREET ADDRESS (DOMICILIO)		CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)	
HOME TELEPHONE (TELEFONO) ( )		MESSAGE TELEPHONE (TELEFONO PARA MENSAJE) ( )		BIRTHPLACE (LUGAR DE NACIMIENTO)	
SEX (SEXO) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	BIRTH DATE (FECHA DE NAC.)	DRIVER'S LICENSE NUMBER (LICENCIA DE MANEJAR)		SOCIAL SECURITY NUMBER (SEGURO SOCIAL)	
MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D		OCCUPATION (OCUPACION)		DATE EMPLOYMENT BEGAN (FECHA QUE EMPEZO)	
EMPLOYER NAME (NOMBRE DEL TRABAJO)				EMPLOYER TELEPHONE (TELEFONO DEL TRABAJO) ( )	
STREET ADDRESS (DOMICILIO DEL TRABAJO)		CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)	

## RESPONSIBLE PERSON • SPOUSE • PARENT (PERSONA RESPONSABLE • ESPOSO • PADRE)

LAST NAME (APELLIDO)		FIRST NAME (1ER NOMBRE)		INIT. (INIC.)	MAIDEN NAME (APELLIDO DE SOLTERA)
STREET ADDRESS (DOMICILIO)		CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)	
HOME TELEPHONE (TELEFONO) ( )		MESSAGE TELEPHONE (TELEFONO PARA MENSAJE) ( )		BIRTHPLACE (LUGAR DE NACIMIENTO)	
SEX (SEXO) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	BIRTH DATE (FECHA DE NAC.)	DRIVER'S LICENSE NUMBER (LICENCIA DE MANEJAR)		SOCIAL SECURITY NUMBER (SEGURO SOCIAL)	
MARITAL STATUS (ESTADO CIVIL) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D		OCCUPATION (OCUPACION)		DATE EMPLOYMENT BEGAN (FECHA QUE EMPEZO)	
EMPLOYER NAME FOR SPOUSE OR RESPONSIBLE PERSON (NOMBRE DEL TRABAJO)				EMPLOYER TELEPHONE (TELEFONO DEL TRABAJO) ( )	
STREET ADDRESS (DOMICILIO DEL TRABAJO)		CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)	

## IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY (EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE A)

LAST NAME (APELLIDO)		FIRST NAME (1ER NOMBRE)		HOME TELEPHONE (TELEFONO) ( )	
STREET ADDRESS (DOMICILIO)		CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)	RELATIONSHIP (PARENTESCO)

## PRIMARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION (INFO DE SU SEGURO MEDICO)

INSURANCE COMPANY NAME - PRIMARY (PRIMER SEGURO)	INSURED (PERSONA ASEGURADA)	EFFECTIVE DATE	TELEPHONE (TELEFONO) ( )
POLICY NUMBER (NUMERO DE POLIZA)	GROUP NUMBER (NUMERO DE GRUPO)	MEMBER NUMBER (NUMERO DE MEMBRECIA)	
INSURANCE STREET ADDRESS (DOMICILIO)	CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)

## SECONDARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION (INFO DE SU SEGURO MEDICO SECUNDARIO)

INSURANCE COMPANY NAME - OTHER (SEGURO SECUNDARIO)	INSURED (PERSONA ASEGURADA)	RELATIONSHIP (PARENTESCO)	
INSURANCE STREET ADDRESS (DOMICILIO)	CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP (ZONA POSTAL)
TELEPHONE (TELEFONO) ( )	POLICY NUMBER (NUMERO DE POLIZA)	GROUP NUMBER (NUMERO DE GRUPO)	ID NUMBER

## OTHER FAMILY MEMBERS (OTROS MIEMBROS DE FAMILIA)

COMPLETE NAME (NOMBRE COMPLETO)	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP	FOR OFFICE USE ONLY
			INS CARD(S) COPIES
			OFFICE M W OP
			NEW <input type="checkbox"/> INITIALS
			UPDATE <input type="checkbox"/>
			ACCT. #