

INTERNAL MEDICINE PRACTICE, P.C.

Sandra Tirado, M.D.

8233 Old Courthouse Road, Suite 170

Vienna, Virginia 22182

Date/Fecha: / /

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name/Nombre: (Last/Apellido), (First/Primer) (MI)		SSN# / #Seguro Social:	Birth Date/Fecha de Nacimiento:	Sex/Sexo:
Street Address/Dirección		Apt./Apto.:	Home Phone/Teléfono de Casa: ()	
City/Ciudad:	State/Estado:	Zip/Codigo:	Work Phone/Teléfono de Trabajo: ()	
Employer/Empleador:			Marital Status/Estado Civil	
Employer Address/Dirección del Empleador:				
Contact in Case of Emergency/A quien Contactar en Caso de Emergencia:		Contact Phone/Teléfono:	Relationship to Patient/Relación al Paciente:	

RESPONSIBLE PARTY (if under 18)/PERSONA RESPONSABLE (si paciente es menor de 18 años)

Name/Nombre: (Last/Apellido), (First/Primer) (MI)		SSN# / #Seguro Social:	Birth Date/Fecha de Nacimiento:	Sex/Sexo:
Street Address/Dirección		Apt./Apto.:	Home Phone/Teléfono de Casa: ()	
City/Ciudad:	State/Estado:	Zip/Codigo:	Work Phone/Teléfono de Trabajo: ()	
Employer/Empleador:			Marital Status/Estado Civil	
Employer Address/Dirección del Empleador:				

PRIMARY INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Name of Insurance/Nombre del Seguro:		Insurance ID # / # de Poliza:
Claims Address of Insurance/Dirección del Seguro:		Group # / # del Grupo:
Subscriber Name/Nombre del Asegurado:		SSN # / # Seguro Social:
Subscriber Address/Dirección del Asegurado:		
Subscriber Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Relationship to Patient/Relación al Paciente:	
Subscriber Employer/Empleador del Asegurado:		Employer Phone # / Teléfono del Empleador:

SECONDARY INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Name of Insurance/Nombre del Seguro:		Insurance ID # / # de Poliza:
Claims Address of Insurance/Dirección del Seguro:		Group # / # del Grupo:
Subscriber Name/Nombre del Asegurado:		SSN # / # Seguro Social:
Subscriber Address/Dirección del Asegurado:		
Subscriber Date of Birth/Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Relationship to Patient/Relación al Paciente:	
Subscriber Employer/Empleador del Asegurado:		Employer Phone # / Teléfono del Empleador:

Please read the statement on the reverse side of this form. Your claim CANNOT be processed if you fail to sign the following statement. Thank you for your cooperation.