



PATIENT INFORMATION  
 INFORMACION DE PACIENTE

Full Name / <i>Nombre Completo</i>		Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
Sex/ <i>Sexo</i> M                      F	SSN/ <i>Numero de Seguro Social</i>	Telephone Number/ <i>Numero Telefonico</i>
Address and Apt/Unit No., City, State, Zip/ <i>Direccion and Numero de Apartamento, Ciudad, Estado,Codigo Postal</i>		
Marital Status: single/married/divorced/ widowed <i>Estado marital:soltero/a, Casado/a, Divorciado/a Viudo/a</i>		Race <i>Raza</i>
E-mail address* / <i>Correro Electronico</i>		Employer <i>Empleo</i>
Emergency Contact* / <i>Contacto de Emergencia</i> <i>Telephone Number*/Numero Telefonico</i>		

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO

	Primary Insurance <i>Seguro Primario</i>	Secondary Insurance <i>Seguro Secundario</i>
Insurance / <i>Seguro</i>		
Full Name/ <i>Nombre Completo</i>		
Date of Birth/ <i>Fecha de Nacimiento</i>		
SSN/ <i>Numero de Seguro Social</i>		
Employer/ <i>Empleador</i>		

I hereby assign all medical and/or surgical benefits, including major medical benefits to which I am entitled, including private insurance and any other health plan to **CJ Medical Center, LLC**. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. A photocopy of this statement is to be



considered as valid as an original. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize said assigned to release all information necessary to secure payment. I understand that I may be billed for any missed appointments not canceled without 24 hours notice in advance. I understand that my insurance will not responsible to pay for missed appointments.

*Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, para incluir los beneficios médicos principales a los que tengo derecho, incluyendo seguro privado y cualquier otro plan de salud al **CJ Medical Center, LLC**. Esta asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta declaración debe ser considerada como válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por un seguro. Por la presente autorizo a dicho asignado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago. Entiendo que se me pueden facturar las citas perdidas que no hayan sido canceladas sin aviso previo de 24 horas por adelantado. Yo entiendo que mi seguro no pagará por citas perdidas.*

I have received the Practice Policy of CJ Medical Center, LLC and have read and understood the policy, and agree to be bound by the terms and conditions stated there.

*He recibido la **Políticas de la Practica de CJ Medical Center** y he leído y entendido la política y estoy de acuerdo en estar sujeto a los términos y condiciones establecidos allí.*

By signing this form, you agree that **CJ Medical Ceneter, LLC** as your provider may access your medication history from any database available as part of your treatment.

*Al firmar este formulario, usted acepta que **CJ Medical Ceneter, LLC** como tu proveedor puede acceder al historial de medicamentos de cualquier base de datos disponible como parte de su tratamiento.*

Full Name/ *Nombre Completo*: \_\_\_\_\_

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

Signature/ *Firma*: \_\_\_\_\_