

PATIENT INFORMATION SHEET (Please Print Clearly)
(Instructions on reverse side) (ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΟΙ ΣΤΗΝ ΟΠΙΣΘΕΝ ΣΕΛΙΔΑ)

- 1) Patient Name: _____
- 2) Street Address: _____
- 3) City: _____ State: _____ Zip Code: _____
- 4) Telephone: (Home) _____ (Work) _____
- 5) Cell Phone: _____ Email address: _____
- 6) Sex: Male Female Date of Birth: _____ S.S.#: _____
- 7) Race _____ Ethnicity _____ US Citizen? _____
- 8) Preferred Language _____ Religion _____
- 9) Marital Status: _____ Name of Spouse: _____
- 10) Emergency Contact: _____ Relationship: _____
- 11) Phone (h): _____ (w): _____
- 12) Name & Address of Employer: _____

- 13) Who referred you? _____
- 14) Primary care physician (Name & Address) _____

INSURANCE INFORMATION
(YOU MUST BRING ALL INS CARDS & PHOTO ID)

- 15) What is the name of your **PRIMARY** Insurance Company? _____
- 16) Group Name: _____ Group#: _____
- 17) Name of Insured: _____ Insured #: _____
- 18) Relationship to Insured: _____
- 19) What is the name of your **SECONDARY** Insurance Company? _____
- 20) Group Name: _____ Group#: _____
- 21) Name of Insured: _____ Insured #: _____
- 22) Relationship to Insured: _____

I authorize payment of medical benefits to the physician for services provided. I understand that all medical costs incurred by me are my responsibility; including any charges my insurance fails to pay.

SIGNATURE OF PATIENT OR REPRESENTATIVE: _____ **Date:** _____

**INSTRUCTIONS
(INSTRUCCIONES/ΟΔΗΓΙΕΣ)**

- 1) Nombre del paciente / Όνομα ασθενούς
- 2) Dirección / Διεύθυνση
- 3) Ciudad, estado, código postal / πόλη, πολιτεία, Ταχυδρομικός Κώδικας
- 4) Teléfono hogar, Teléfono de trabajo / Τηλέφωνο στο σπίτι, Τηλέφωνο εργασίας
- 5) teléfono celular / Κινητό τηλέφωνο
- 6) Sexo - Fecha de nacimiento - Seguro Social #
Φύλο - Ημερομηνία Γέννησης - Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης (σοσιαλ σεκιουριτι)
- 7) Raza, Ethnicidad, Ciudadano de EE.UU? / φυλή, εθνικότητα, Είστε Αμερικανός πολίτης;
- 8) idioma preferido, religion / Προτιμώμενη γλώσσα, Θρησκεία
- 9) estado civil, Nombre del cónyuge / οικογενειακή κατάσταση, Όνομα συζύγου
- 10) Contacto de Emergencia, relación / Τηλ. συγγενικού προσώπου σε περίπτωση ανάγκης, τυπος συγγένειας
- 11) Teléfono de contacto en casa, Teléfono de contacto de trabajo / Τηλ. Επικοινωνίας στο σπίτι, Τηλέφωνο εργασίας
- 12) Nombre y Dirección del Empleador / Όνομα και διεύθυνση του εργοδότη
- 13) ¿Quién lo refirió? / Ποιος σας σύστησε;
- 14) Médico de cabecera (nombre y dirección) / Ιατρός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (όνομα και διεύθυνση)
- 15) ¿Cuál es el nombre de su compañía de seguros PRIMARIA / Ποιο είναι το όνομα της εταιρίας κύριας ασφάλισης σας
- 16) Nombre de grupo, Grupo # / Όνομα ομάδας ασφάλισης, Αριθμος Ομάδας
- 17) Nombre del Asegurado, # Asegurado / Όνομα του Ασφαλισμένου, Αριθμος Ασφαλισμένου
- 18) Relación con el Asegurado / Σχέση με τον Ασφαλισμένο
- 19) ¿Cuál es el nombre de su compañía de seguros SECUNDARIA? / Ποιο είναι το όνομα της δευτερης ασφαλιστικής σας εταιρείας;
- 20) Nombre de grupo, Grupo # / Όνομα ομάδας ασφάλισης, Αριθμος Ομάδας
- 21) Nombre del Asegurado, # Asegurado / Όνομα του Ασφαλισμένου, Αριθμος Ασφαλισμένου
- 22) Relación con el Asegurado / Σχέση με τον Ασφαλισμένο

Yo autorizo el pago de beneficios médicos al médico por los servicios prestados. Entiendo que todos los gastos médicos incurridos por mí son mi responsabilidad, incluidos los cargos que mi seguro deja de pagar.

Εξουσιοδοτώ την πληρωμή των ιατρικών παροχών στο γιατρό μου για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αντιλαμβάνομαι ότι όλα τα ιατρικά έξοδα που προκύπτουν από εμένα είναι δική μου ευθύνη. Συμπεριλαμβανομένων τυχόν επιβαρύνσεων όπου η ασφαλιστική μου αδυνατεί να πληρώσει.

**FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE, FECHA
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ή ΤΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ, ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**