

Today's Date: _____

PATIENT INFORMATION: Male / Female
PASIENTE INFORMACION: Masculino / Femenino
TÀI LIỆU CỦA BỆNH NHÂN: NAM / NỮ

Name / Nombre / TÊN HỌ: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento / NGÀY SANH: _____ Age / Edad / TUỔI: _____

Address / Direccion Domicilio / ĐỊA CHỈ: _____

City / Ciudad / THÀNH PHỐ: _____ State / Estado / TIỂU BANG: _____

Zip Code /Codigo Postal / ZIP CODE: _____

Social Security # / # de S.S. / SỐ SOCIAL SECURITY: _____

Driver's License # / Licencia de Conducir # / SỐ BẰNG LÁI XE: _____

Home Phone / Telefono de su casa / ĐIỆN THỌAI NHÀ: (____) _____

Work Phone / Telefono de empleo / ĐIỆN THỌAI SỞ LÀM: (____) _____

Employer / Nombre de compañia / TÊN CỦA SỞ LÀM: _____

Occupation / Ocupacion / NGHỀ NGHIỆP: _____

RESPONSIBLE PARTY: *If the patient is a minor under the age of 18 years, please complete this section.*

RESPONSABLE PARTY: *Si el paciente es menor de edad, por favor llene esta seccion.*

NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM: **NẾU BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI, CHA MẸ HOẶC NGƯỜI THÂN CẦN ĐIÊN VÀO PHẦN NÀY.**

Name / Nombre / TÊN HỌ: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento / NGÀY SANH: _____ Age / Edad / TUỔI: _____

Relationship / Relacion / QUAN HỆ: _____

Social Security # / # de S.S. / SỐ SOCIAL SECURITY: _____

Driver's License # / Licencia de Conducir # / SỐ BẰNG LÁI XE: _____

Home Phone / Telefono de su casa / ĐIỆN THỌAI NHÀ: (____) _____

Work Phone / Telefono de empleo / ĐIỆN THỌAI SỞ LÀM: (____) _____

Employer / Nombre de compañia / TÊN CỦA SỞ LÀM: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION / EN CASO DE EMERGENCIA INFORMACION /

XIN GHI TÊN THÂN NHÂN PHÔNG HỌ KHI CÓ TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP:

Nearest Relative's Name / Familiar cercano (nombre) / TÊN HỌ CỦA THÂN NHÂN: _____

Home # / Numero de telefono / ĐIỆN THỌAI NHÀ: (____) _____

Relationship / Relacion / QUAN HỆ: _____

DENTAL INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DE ASEGURANZA MEDICA:

QUÝ VỊ CÓ BẢO HIỂM SỨC KHỎE HAY KHÔNG?:

Insurance Company / Compañia de aseguranza / TÊN CỦA HÃNG BẢO HIỂM: _____

Insured's Name / Nombre de asegurando / TÊN HỌ CỦA NGƯỜI ĐÚNG TÊN: _____

Insurance Phone # / Telefono de aseguranza / ĐIỆN THỌAI CỦA HÃNG BẢO HIỂM: (____) _____

Relationship to Insured/ Relacion / QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN: _____

Insured's ID# / # de tarjeta / SỐ ID#: _____

YES / SI / CÓ

NO / Ninguna / KHÔNG CÓ

AHCCCS

Signature _____ Date _____