DEMO

NMC health

PO Box 308 | Newton, KS 67114

Patient Demographics
(Información del Paciente)

Name: _____ **Preferred Name:** _____ **Date of Birth:** ____/____/_____
(Nombre) (Nombre Preferido) (Fecha de Nacimiento)

Mailing Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
(Dirección Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Email: _____ **Primary Care Provider:** _____
(Correo Electrónico) (Proveedor de Atención Primaria)

Preferred Phone Number: (_____)_____ ☐ **Cell** ☐ **Home** ☐ **Other:** _____
(Teléfono Preferido) (Móvil) (Casa) (Otro)

Alternate Phone Number: (_____)_____ ☐ **Cell** ☐ **Home** ☐ **Other:** _____
(Teléfono Alternativo) (Móvil) (Casa) (Otro)

Sex at Birth: ☐ **Male** ☐ **Female** **Social Security Number:** _____
(Sexo al nacer) (Masculino) (Femenina) (Número de Seguro Social)

Employer: _____ **Work Phone Number:** (_____)_____
(Empleador) (Teléfono de Trabajo)

Preferred Language: _____ **Marital Status:** ☐ **Single** ☐ **Married** ☐ **Divorced** ☐ **Widowed**
(Idioma Preferido) (Estado Civil) (Solo) (Casado) (Divorciado) (Viudo/Viuda)

Race: _____ **Ethnicity:** ☐ **Non-Hispanic** ☐ **Hispanic** ☐ **Decline to Provide**
(Raza) (Etnicidad) (No-Hispano) (Hispano) (Negarse a Proporcionar)

Health Insurance
(Seguro Medico)

Name of Primary Insurance: _____
(Nombre de la Compañía de Seguros Primaria)

Insurance Policy Holder Name: _____ **Policy Holder Date of Birth:** _____/_____/_____
(Nombre del Asegurado) (Fecha de Nacimiento del Asegurado)

Name of Secondary Insurance: _____
(Nombre de la Compañía de Seguros Secundaria)

Insurance Policy Holder Name: _____ **Policy Holder Date of Birth:** _____/_____/_____
(Nombre del Asegurado) (Fecha de Nacimiento del Asegurado)

Release of Information
(Información a distribuir)

By listing the following names, you are granting permission for us to share your information with them.
(En listando los siguientes nombres, nos esta dando permisode compartir la información con ellos.)

1. **Name:** _____ **Relationship:** _____ **Phone #:** (_____)_____
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
(Domicillio) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Information to Share: ☐ **Emergency Contact ONLY** ☐ **Appointments** ☐ **Clinical** ☐ **Financial**
(Información a Divulgar) (Contacto De Emergencia) (Citas) (Clínica) (Finanzas)

2. **Name:** _____ **Relationship:** _____ **Phone #:** (_____)_____
(Nombre) (Relación) (Teléfono)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
(Domicillio) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Information to Share: ☐ **Emergency Contact ONLY** ☐ **Appointments** ☐ **Clinical** ☐ **Financial**
(Información a Divulgar) (Contacto De Emergencia) (Citas) (Clínica) (Finanzas)

☐ **DO NOT SHARE INFORMATION WITH ANY OTHER INDIVIDUAL EXCEPT PATIENT**
(NO COMPARTA NINGUNA INFORMACIÓN CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE)

_____ _____ _____
Signature of Patient or Legal Representative **Relationship to Patient** **Date**
(Firma del Paciente o de su Representante Legal) **(Relación con el Paciente)** **(Fecha de Hoy)**

Doc ID: 26157 Published Date: 1/3/2025 9:19:00 AM