

Date of Service (Fecha de Servicio) _____ Location (Localización) _____

Have you ever been a patient at Hartford Hospital? (¿Ha sido usted alguna vez paciente de Hartford Hospital?) _____

Demographic information Información demográfica

Last Name (Apellido)		First Name (Nombre)		Middle Initial (Inicial)	
Date of Birth (Fecha de Nacimiento – DOB)			Social Security Number (Número de Seguro Social)		
Address (Dirección)		Apt. # (# Apartamento)		City (Ciudad)	State (Estado)
					Zip Code (Código Postal)
Phone Numbers (Números de Teléfono)					
Home (Casa)		Work (Trabajo)		Cell (Celular)	
Marital Status – circle one (Estado Civil – Marque con un Circulo)					
Single (Soltera)		Married (Casada)	Civil Union (Unión Civil)	Divorced (Divorciado)	Widowed (Viuda)
Legal Separation (Separación Legal)					
Self Describe Your Ethnicity (Describe Su Etnicidad): _____ Non-Hispanic (No-Hispano) _____ Hispanic (Hispano)					
Self Describe Your Race (Describe Su Raza): ___ Black/African American (Afro Americano) ___ White (Blanco) ___ Asian (Asiatico) _____ Other–Description (Otra–Descripción)					

Employment information Información de empleo

Employer & Address (Empleado y Dirección)	Occupation (Ocupación)
---	------------------------

Emergency contact Contacto de emergencia

Name & Address (Nombre y Dirección)	Relationship to Patient (Relación con el Paciente)	Phone Number (Número de Teléfono)
-------------------------------------	--	-----------------------------------

Physician to receive report Médico a recibir reporte

Last Name (Apellido)	First Name (Nombre)	Middle Initial (Inicial)
Address (Dirección)		Phone Number (Número de Teléfono)

Insurance information Información de seguro medico

Co-pays and deductibles are the responsibility of the patient. (Diferencial y deducibles son responsabilidad de el paciente.)

#1 - Primary Insurance (Nº 1 – Seguro Principal)	Policy/ID# (Póliza / N° ID)	Group Name/Group# (Nombre del Grupo/Nº del Grupo)	
Insurance Address (Dirección del Seguro)		Insurance Co. Phone# (Teléfono de la Compañía de Seguros)	
Subscriber Name (Nombre del Asegurado)		DOB (Fecha de Nacimiento)	Relation to Patient (Relación con la Paciente)
Subscriber Employer (Empleador)	Employee Address (Dirección del Empleador)		
#2 - Secondary Insurance (Nº 2 – Seguro Secundario)	Policy/ID# (Póliza/Nº ID)	Group Name/Group# (Nombre del Grupo/Nº del Grupo)	
Insurance Address (Dirección del Seguro)		Insurance Co. Phone# (Teléfono de la Compañía de Seguros)	
Subscriber Name (Nombre del Asegurado)		DOB (Fecha de Nacimiento)	Relation to Patient (Relación con la Paciente)
Subscriber Employer (Empleador)	Employee Address (Dirección del Empleador)		