UNIVERSITY OF NORTH TEXAS
HEALTH SCIENCE CENTER AT FORT WORTH
TEXAS COLLEGE OF OSTEOPATHIC MEDICINE

Clinic _____
F.C. _____

Patient Information

Last Name _____ First _____ M.I. _____
Nombre Appelido Primer Nombre Inicial

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección / Calle / Apt Ciudad Estado Codigo

Home Phone ( ) _____ Date of Birth _____ Sex M F Age _____ Race _____
Teléfono Fecha de Nacimiento Sexo Edad Raza

Marital Status S M D W Sep SSN _____ Drivers License No. _____
Estado Civil Seguro Social Licencia o I.D.

Place of Employment _____ Work Phone _____
Nombre de Empleo Teléfono de Empleo

Employer's Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección de Empleo Ciudad Estado Codigo

Emergency Contact (other than spouse) _____ Relationship _____ Phone _____
Contacto de Emergencia Relacion Teléfono

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Ciudad Estado Codigo

Responsible Party _____ Relationship _____ Phone _____
Persona Responsable Relacion Teléfono de Empleo

Place of Employment _____ Work Phone _____
Nombre de Empleo Teléfono de Empleo

Date of Birth _____ SSN _____ Sex F M
Fecha de Nacimiento Numero de Seguro Social Sexo

Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Dirección Ciudad Estado Codigo

Name of Referring Physician _____ Address _____ Phone _____

Primary Insurance Medicare Medicaid HMO PPO Military Other _____
Plan Code Name of Insurance Company _____
_____ Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Name of Insured _____ Relationship _____
Plan/Group No. _____ Policy _____
Effective Date _____ Phone No. ( ) _____

Secondary Insurance Medicare Medicaid HMO PPO Military Other _____
Plan Code Name of Insurance Company _____
_____ Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Name of Insured _____ Relationship _____
Plan/Group No. _____ Policy _____
Effective Date _____ Phone No. ( ) _____

I authorize the physician to release any information in the course of my examination or treatment and permit payment directly to the physician at his/her election any benefits due for services rendered. I recognize and accept responsibility for any balance remaining alter payment of Duch benefits (excluding Medicaid recipients). By law physicians are required to file Medicare claims for patients. Patients are not allowed to file claims with Medicare.
Patient Signature _____ Date _____

Yo autorizo al médico deprender cualquier información en el curso de mi examinacion o tratamiento y permito pago directamente al médico cualquier beneficio por sus servicios yo reconosco y acepto responsabilidad por cualquier balance después del pago di beneficio (exclusivo pacientes con Medicaid). Se requiere por ley que el médico mande cobrar a Medicare para los pacientes. El paciente no debe mandar cobrar a Medicare.
Firma de Paciente_____ Fecha_____