



Today's date _____ Name of physician you are seeing today _____

(Fecha de hoy) (Nombre del médico a quien verá hoy)

Last Name of patient _____ First name _____ Middle initial _____
(Apellido del Paciente) (Nombre) (Inicial del 2do. Nombre)

Street Address _____
(Dirección)

City _____ State _____ Zip Code _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Home Phone _____ Work Phone _____
(Teléfono particular) (Teléfono laboral)

Mobile Phone _____ E-mail address _____
(Celular) (Correo electrónico)

Date of birth _____ Age _____ Sex _____ Marital Status _____
(Fecha de nacimiento) (Edad) (Sexo) (Estado civil)

Social Security Number _____ Occupation _____
(Número de Seguro Social) (Ocupación)

Employed by _____
(Nombre Del Empleado)

Preferred method of contact (Please circle one) Home Phone Cell Work Portal Letter
Declines to specify
Método preferido de contacto (marque uno) (Teléfono de casa) (Celular)(Trabajo) (Portal) (Carta)
(No desea especificar)

Emergency Contact _____ Relationship to patient _____
(Contacto de emergencia) (Parentesco con el Paciente)

Home Phone _____ Work Phone _____
(Teléfono de casa) (Teléfono laboral)

Referred by _____ Referring physician phone _____
(Derivado por) (Teléfono del médico que deriva)

Primary Insurance _____ Insured name _____
(Seguro primario) (Nombre del asegurado)

Relationship to patient _____ Insured DOB _____ Insured SSN _____
(Parentesco con el Paciente) (Fecha de nacimiento del asegurado) (Seguro social del asegurado)

ID# _____ Group # _____ Insurance Phone _____
(Seguro Médico No.) (Grupo No.) (Teléfono del Seguro)



Employer name _____

(Nombre del empleador Del Asegurado)

Secondary Insurance _____ Insured name _____
(Seguro secundario) (Nombre del asegurado)

Relationship to patient _____ Insured DOB _____ Insured SSN _____
(Parentesco con el Paciente) (Fecha de nacimiento del asegurado) (Seguro social del asegurado)

ID# _____ Group # _____ Insurance Phone _____
(Seguro Médico No.) (Grupo No.) (Teléfono del Seguro)

Employer name _____

(Nombre del empleador Del Asegurado)

- I authorize the insurance listed about to pay directly to Texas Digestive Disease Consultants all benefits due me, as provided for in the above policy contract with the aforementioned company (ies). I will pay for all such charges that may be denied by the insurance company (ies) above mentioned. I hereby consent to receiving calls or texts on my mobile device. (Autorizo al seguro que aparece arriba indicado a pagar directamente a Texas Digestive Disease Consultants todos los beneficios que deba recibir, como se indica en el contrato de póliza anterior con las compañías mencionadas. Pagaré todos los cargos que las compañías de seguro mencionadas me puedan rechazar. Por el presente otorgo consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto en mi teléfono celular.)
- I have reviewed this office’s Notice of Privacy Practices, which explains how my medical information will be used and disclosed. I understand that I am entitled to receive a copy of this document. (Revisé el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir copia de este documento.)
- I hereby consent to treatment rendered by Texas Digestive Disease Consultants, which could include in office procedures and injections. (Por el presente otorgo consentimiento para el tratamiento suministrado por Texas Digestive Disease Consultants que puede incluir procedimientos e inyecciones en consultorio.)

Signature of Patient/Guardian/Personal Representative Date
(Firma del paciente/tutor/representante personal) (Fecha)

Name of Patient/Guardian/Personal Representative Relationship to patient
(Nombre del paciente/tutor/representante personal) (Parentesco con el paciente)
(letra imprenta)

