



Santiago Figueroe, M.D

Board Certified Neurological Surgeon

Date of your Visit/Fecha de su Visita:	Primary Doctor/Dr. Primario: _____
	Referring Doctor/Dr. que Refiere: _____

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE

Patient's Last Name/Apellido:	First/Nombre:	Middle Initial/ Inicial 2do Nombre:	Marital Status/Estado Civil:			
			Single /Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/>			
			Div/Divorciado <input type="checkbox"/> Sep/Sep <input type="checkbox"/> Wid/Viudo <input type="checkbox"/>			
Address/Dirección:	City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal	Age/Edad	Sex/Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Social Security No./Núm Seguro Social:	Birthdate/Fecha de Nacimiento:	Home Phone/Telef. Casa:
		Cell Phone/ Celular:

Occupation/Ocupación:	Employer Phone No./Telef. Empleador:
Employer/Nombre del Empleador:	

Referred to clinic by /Referido por (please check one box/elija una):	<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Insurance Plan/Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Hospital
---	---------------------------------	---	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Family/Familia	<input type="checkbox"/> Friend/Amigo	<input type="checkbox"/> Newspaper/Periódico	<input type="checkbox"/> Other/Otro (Describe/Describe)
---	---------------------------------------	--	--

Other family members seen here/Otros miembros de su familia vistos en esta clínica:

INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DEL SEGURO

(Please give your Insurance Card and ID to the receptionist/Por favor entregue su Tarjeta de Seguro e Identificación a la recepcionista)

Please indicate Primary Insurance/Seguro Primario:			
Subscriber's name/Nombre del Asegurado:	Policy No./Núm de Póliza	Group No./Número de Grupo:	Co-payment/Co-Pago: \$

Pharmacy/Farmacia:	Phone No./Número Tel.	Address/Dirección:
--------------------	-----------------------	--------------------

Name of Secondary Insurance (if applicable): Nombre del Seguro Secundario (Si aplica):	Subscriber's name/Nombre del Suscriptor:	Policy No./Núm. Póliza:	GroupNo./Núm.Grupo:
---	---	-------------------------	---------------------

Allergies-Reactions/Alergias-Reacciones:

Medications/Medicamentos:

IN CASE OF EMERGENCY/EN CASO DE EMERGENCIA

Name of local friend or relative (not living at same address): Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en su misma direcc.)	Relationship to Patient/Relación con el Paciente:	Home Phone No./ Teléf. de la Casa:	Work Phone No./ Teléf del Trabajo:
---	---	---------------------------------------	---------------------------------------

Patient/Guardian Signature Firma del Paciente o Guardián	<i>Date/Fecha</i>
---	-------------------