

PATIENT INFORMATION			
Last Name		First Name	Middle
Social Security Number	Date of Birth	Legal Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Nonbinary	Marital Status
Race: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Decline to Answer			
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Decline to state		Language	Preferred Language for Health Care Information
Mailing Address		City	State Zip
Primary Contact Number <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work ()	Secondary Contact Number <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work ()	Preferred Notify Method: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work Other: ()	
E-Mail Address		Employer	
Emergency Contact:		Relationship to patient	Emergency Contact Number:
RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION (IF OTHER THAN PATIENT)			
Last Name	First Name	Middle	Relationship to Patient
Date of Birth	Primary Contact Number <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work ()		
Mailing Address	City	State	Zip
FAMILY AND FRIENDS ACCESS (OPTIONAL)			
<input type="checkbox"/> I do NOT permit Dignity Health to share my appointment date/time, and/or billing with any individuals aside from myself. <input type="checkbox"/> I do permit Dignity Health to share my appointment date/time, and/or billing with any individuals listed below:			
Full Name:	Full Name:	Full Name:	
Relationship to Patient:	Relationship to Patient:	Relationship to Patient:	
INSURANCE INFORMATION			
Primary Insurance Carrier	Worker's Comp Injury <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Insurance Billing Address:	
Policy/Group Number:	Subscriber Full Name:	Subscriber Date of Birth:	
Secondary Insurance Carrier	Insurance Billing Address:		
Policy/Group Number:	Subscriber Full Name:	Subscriber Date of Birth:	

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Apellido		Nombre	Segundo nombre
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género legal <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	Estado civil
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder		Idioma	Idioma preferido para la información sobre la atención médica
Dirección postal		Ciudad	Estado
		Código postal	
Número de contacto principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ()	Número de contacto secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ()	Preferred Notify Method: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Otro: ()	
Dirección de correo electrónico		Empleador	
Contacto de emergencia		Vínculo con el paciente	Número de contacto de emergencia
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	Relación con el paciente
Fecha de nacimiento		Número de contacto principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ()	
Dirección postal		Ciudad	Estado
		Código postal	
ACCESO A FAMILIARES Y AMIGOS (OPCIONAL)			
<input type="checkbox"/> NO permito que Dignity Health comparta la fecha/hora de mi cita, y/o la facturación con ningún individuo aparte de mí.			
<input type="checkbox"/> Permito que Dignity Health comparta la fecha/hora de mi cita, y/o la facturación con cualquiera de los individuos listados a continuación:			
Nombre completo:	Nombre completo:	Nombre completo:	
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	Relación con el paciente:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Compañía de seguros principal	Lesión por accidente laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de facturación del seguro:	
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Compañía de seguros secundaria		Dirección de facturación del seguro:	
Número de póliza/grupo:	Nombre completo del suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	