

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)			