

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Last Name / Apellido:		First Name / Primer Nombre:		Middle Initial / Inicial del Segundo Nombre:	
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):			Age / Edad:		Sex / Sexo:
Address / Domicilio:			City / Ciudad:		
State / Estado:		ZIP Code / Código Postal:		Phone Number / Número de Teléfono:	
Email Address / Correo Electrónico:			Social Security Number / Número del Seguro Social:		

HEALTH PLAN INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Employer / Empleador:		Health Plan/Plan de Salud: <input type="checkbox"/> Pinnacle Claims Management <input type="checkbox"/> Western Growers Assurance Trust			
Insurance # / Número del Seguro:		Effective Date / Fecha de Inicio:		Relation to Patient / Relacion con el Paciente:	
Insured Name / Nombre del Asegurado:			Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):		

Authorization for Chaperone During Visit

I do hereby authorize the person, whose signature is affixed to this document below, to be present during my clinic visit. I have been informed by the On-Site Clinic Provider that a part of my medical assessment may require the removal of one or more articles of clothing in order to facilitate a thorough and complete evaluation of my medical issue(s). It is my understanding that the chaperone will not assist or participate in any way in the medical assessment and that should I become uncomfortable with the process, I may request at any time the provider terminate their evaluation of me.

Autorización para acompañante durante la consulta

Por la presente autorizo a la persona, cuya firma aparece al final de este documento, a estar presente durante mi visita a la clínica. El proveedor de la clínica me ha informado que una parte de mi evaluación médica puede requerir que remueva una o más prendas de vestir para facilitar una evaluación exhaustiva y completa de mi(s) problema(s) médico(s). Entiendo que mi acompañante no ayudará ni participará de ninguna manera en la evaluación médica y que si me siento incómodo con el proceso, puedo solicitar en cualquier momento que el proveedor finalice su evaluación.

Patient's signature / Firma del Paciente:		Patient's Name / Nombre del Paciente:		Date / Fecha:	
Chaperone's Signature / Firma del Acompañante:		Chaperone's Name / Nombre del Acompañante:		Date / Fecha:	
Provider's Signature / Firma del Proveedor:				Date / Fecha:	

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES / AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I have been given a copy of the Notice of Privacy Practices. / He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Patient's Signature / Firma del Paciente:		Date / Fecha:	
Witness Signature / Firma del Testigo:		Date / Fecha:	