



JOSE GORIS, MD PC

Nuevo paciente/New Patient

Last Name (Apellido) _____ First Name (Nombre) _____ MI _____

DOB (Fecha de Nacimiento) ____/____/____ Gender (Sexo): (M) (F)

Status (Estado Civil):

Single Married Divorced Separated Widow Common Union
(Soltero) (Casado) (Divorciado) (Separado) (Viuda) (Unión Común)

Language Preference (Preferencia de Idioma): Español English Other _____

Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): Hispanic White Black Asian Other _____

Address: _____ Apt# _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Tel. _____ Cel. _____ Emergency (Emergencia): _____

Emergency Contact (Contacto de Emergencia): _____

E-Mail (Correo Electrónico): _____

SS# _____ or ID _____ ID Type (Tipo de ID) _____

Legal Guardian (Tutor Legal): _____ **A)** Self (Yo) **B)** Other (Otro) _____

Transition of Care/Transición de su cuidado médico:

We need to transfer personal health record. Please provide previous doctor information and point of contact.
Necesitamos transferir su registro personal de salud a nuestra clínica. Por favor proveer la información de su médico previo y a quien contactar.

Previos Doctor/Clinic / Médico previo/clínica:

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Point of contact/Manager / Punto de contacto/Gerente: _____

Current or Past Diagnoses (Diagnóstico Actual o Pasada): _____

Previous Clinical Visits (Visitas Clínicas Previas):

Health Insurance Coverage (Cobertura de Seguro de Salud):

1199 Access Medicare Health First Elder Plan Liberty Medicare Well Care
Aetna Amerigroup Health Net Fidelis Magnacare Multi Plan Other (Otro) _____
Affinity Americhoice Health Plus GHI Medicaid VNS _____

Insurance ID (ID de Seguro): _____