

Patient Information

Thank you for trusting us with your care today.

Last name: _____ First name: _____ M.I.: _____
Patient SS #: _____ Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Married
Home phone: _____ Cell phone: _____ Single
Reason for visit: _____ Male Female
Patient e-mail address: _____
Address: _____ Apt # _____ City: _____ ST: _____ ZIP: _____
Primary care physician name: _____ Phone: _____
Employer name: _____
Employer address: _____ City: _____ ST: _____ ZIP: _____
Emergency Contact Name: _____ Emergency Contact Phone: _____

How did you learn
about Concentra?
(Check one, please.)

- Billboard Direct mail Doctor referral Driving by Employer Existing patient Friend/relative
 Insurance company Internet Movie theater Newspaper Phone book Radio Pharmacy
 School Apartment Complex

Today's Payment

*How will you
be paying for
today's bill?*

Payment made today will be paid by:

- Patient Pay—I will be paying today using: Cash Check VISA MasterCard Discover Debit card
 My company—I am participating in a program that is company-paid.
 Insurance—I will present my insurance card and an approved form of ID. (Please complete next two sections.)

Insurance Information

*If you're using
insurance to
pay today's bill,
please provide this
information...*

Employer of insured person: _____
Insurance carrier: _____
Member ID: _____ Group #: _____
Claims address: _____ City: _____ ST: _____ ZIP: _____
Do you have insurance with more than one health plan? Yes No
If yes, name of other insurance carrier: _____
➔ (Please present both ID cards at check-in.)

Account Information

*If you're using
insurance, this is
information about the
person carrying the
insurance...*

Last name: _____ First name: _____ M.I.: _____
Account SS #: _____ Date of birth (MM/DD/YYYY): _____
Home phone: _____ Cell phone: _____
Address: _____ City: _____ ST: _____ ZIP: _____

Relationship to patient: (Check one, please.) Self Spouse Parent/Guardian Other: _____

I certify that the information provided is correct to the best of my knowledge. I will not hold Concentra, its health providers, or its employees responsible for any errors or omissions that I may have made in completing the information on this form.

You may be contacted by Westgate Research, acting on behalf of Concentra to participate in a satisfaction survey about this visit. We rely on your feedback to help us improve.

Signature: _____ Date: _____

Información Paciente

Gracias por confiarnos sus cuidados de hoy.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____
#SS del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Casado(a)
Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____ Soltero(a)
Motivo de la consulta: _____ Hombre Mujer
Correo electrónico del paciente: _____
Dirección: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
Nombre del empleador: _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Cómo se enteró
de Concentra?
(Por favor marque una)

- Valla Correo Directo Remitido por un doctor Pasábamos por aquí Empleador Paciente existente
 Amigo/pariente Compañía de seguro Internet Teatro de cine Periódico Radio Farmacia Escuela
 Complejo de Apartamentos

Pago de hoy

Cómo va a pagar
la cuenta de hoy?

El pago de hoy lo va a hacer:

- El paciente — Yo pagaré la cuenta total usando: Efectivo Cheque VISA MasterCard Discover Tarjeta Débito
 La Compañía paga - Estoy participando en un programa que es pagado por la Compañía
 El seguro — Yo presentaré mi tarjeta de seguro y una forma de identificación aprobada
(Por favor complete las siguientes dos secciones).

Información del seguro

Si usted está usando
seguro para pagar
la cuenta de hoy,
por favor provéanos
con la siguiente
información...

Empleador de la persona asegurada: _____
Compañía de seguro: _____
Identificación del Miembro: _____ # de Grupo: _____
Dirección de reclamos: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
Tiene seguro con más de un plan de salud? Sí No
Si sí, nombre el otro seguro: _____
➔ (Por favor presente ambas tarjetas de identificación al registrarse)

Información de la cuenta

Si usted está usando
seguro, esta es
información acerca de
la persona que tiene
el seguro...

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Seg. Nombre: _____
de SS en la Cuenta: _____ Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) _____
Teléfono en casa: _____ Teléfono celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____
Relación con el paciente: Usted mismo Cónyuge Padre/Guardián Otro: _____
(Por favor marque una)

Yo certifico que la información provista es correcta hasta donde yo sé. Yo no haré responsable a Concentra, sus proveedores de la salud, o sus empleados por cualquier error u omisión que yo haya hecho al llenar la información en este formulario.

Firma: _____ Fecha: _____