

WELCOME TO OUR OFFICE
Family Health Center of Southern Oklahoma

Chart # _____

Today's Date: _____

PAYMENT IS EXPECTED AT THE TIME SERVICES ARE RENDERED

THANK YOU FOR CHOOSING OUR OFFICE. In order to serve you properly, we will need the following information: Please print using black ink.

Patient's Last Name	First Name	M. I.	Date of Birth	Gender Male Female	Marital Status M D W S	Veteran Y N	Race Cauc Am Ind AA Hispanic
Mailing Address		City		County	State	Zip	
Home Phone		Cell or Message Phone		What is your National Origin? Canada England Germany Mexico Puerto Rico Sweden US		Are you a Student? Full Time Part Time	
Social Security Number		Drivers License Number		Occupation		Full Time Part Time Unemployed Self-employed Retired Military	
Name of Spouse (Parent or Guardian if Minor)			Relationship if Minor		Social Security Number		Date of Birth
Emergency Contact (Does Not live with you)		Relationship			Phone		
Name of Patient's Employer		Address			Work Phone		
Primary Insurance		Insurance Address			Insurance Phone		
Subscriber's Name		Subscriber's Date of Birth			Subscribers Social Security Number		
Secondary Insurance		Insurance Address			Insurance Phone		
Subscriber's Name		Subscriber's Date of Birth			Subscribers Social Security Number		
Responsible Party			Responsible Party's Address				
Responsible Party's Social Security Number			Responsible Party's Phone			Responsible Party DOB	

How did you learn about our facility? _____

Do you live in a **Single** **Double** family home? Are you homeless? Yes No
 Are you a migrant worker? Yes No

Annual Income Level: \$0.00-\$10,000 \$10,000 - \$20,000 \$20,000 - \$30,000
 \$30,000 - \$40,000 Above \$40,000

What pharmacy do you prefer to use? _____

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

Centro de Salud Familiar de Oklahoma Meridional

Chart # _____

Fecha de Hoy: _____

PAGO ES ESPERADO AL TIEMPO QUE LOS SERVICIOS SEAN RENDIDOS

GRACIAS POR ESCOGER NUESTRA OFICINA. Para poder servirle apropiadamente necesitamos la siguiente información. Por favor escriba con tinta negra.

Apellido del paciente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo Mujer Hombre	Estatus Marital C D V S	Veterano S N	Raza Cauc AA Am Ind Hispano
Dirección		Ciudad		Condado	Estado	Código Postal	
Número de teléfono del hogar		Número de Célular		¿Cuál es su origen nacional? Canadá Inglaterra Alemania México Puerto Rico Suecia US		¿Es usted estudiante? Tiempo Completo Parte Tiempo	
Número de seguro social		Número de licencia		Ocupación		Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Autónomo Jubilado El Ejército	
Nombre del conyuge padre o guardian si es menor de edad			Relación con el menor		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Contacto de emergencia (que no resida en su dirección)			Relación con usted		Número de teléfono de su contacto		
Nombre de empleador		Dirección			Número de teléfono del trabajo		
Seguro médico primario		Dirección del Seguro Médico			Número de Teléfono del seguro médico		
Nombre del subscriptor		Fecha de nacimiento del subscriptor			Numero de seguro Social del subscriptor		
Seguro médico secundario		Dirección del seguro secundario			Número de Teléfono del seguro médico		
Nombre del subscriptor		Fecha de nacimiento del subscriptor			Número de seguro social del subscriptor		
Partido responsable		Dirección del partido responsable					
Número de seguro social del partido responsable		Número de Teléfono del partido responsable				Fecha de nacimiento del partido responsable	

¿Como supo de nuestra oficina? _____

Reside usted en una vivienda Sencilla Doble ¿Carece de Hogar? Si No

¿Es usted un trabajador migrante? Si No

Nivel de ingreso anual: \$0.00-\$10,000 \$10,000 - \$20,000 \$20,000 - \$30,000
 \$30,000 - \$40,000 Mas de \$40,000

¿Que farmacia prefiere usted utilizar? _____