

**Patient Information**

*Información del Paciente*

Name \_\_\_\_\_ Gender  M  F  
*Nombre* *Sexo*

Social Security # \_\_\_\_\_ Date of birth / / \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_  
*Nº de Seguro Social* *Fecha de nacimiento* *Estado civil*

Street address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad* *Estado* *Código ZIP*

Home phone ( ) - \_\_\_\_\_ Work phone ( ) - \_\_\_\_\_ Cell phone ( ) - \_\_\_\_\_  
*Teléfono* *Teléfono de trabajo* *Teléfono celular*

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
*Empleador* *Ocupación*

Employer address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
*Dirección del empleador* *Ciudad* *Estado* *Código ZIP*

**Responsible Party**

*Persona Responsable*

Name \_\_\_\_\_ Gender  M  F  
*Nombre* *Sexo*

Social Security # \_\_\_\_\_ Date of birth / / \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_  
*Nº de Seguro Social* *Fecha de nacimiento* *Relación*

Street address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad* *Estado* *Código ZIP*

Home phone ( ) - \_\_\_\_\_ Work phone ( ) - \_\_\_\_\_ Cell phone ( ) - \_\_\_\_\_  
*Teléfono* *Teléfono de trabajo* *Teléfono celular*

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
*Empleador* *Ocupación*

Employer address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
*Dirección del empleador* *Ciudad* *Estado* *Código ZIP*

**Insurance Information**

*Información del Seguro Médico*

Primary ID # Group #  
Primario N° de identificación N° de grupo

Name of insured Employer Copay  
Nombre del asegurado Empleador Co-pago

Social Security # Date of birth / / Relation  
N° de Seguro Social Fecha de nacimiento Relación

Secondary ID # Group #  
Secundario N° de identificación N° de grupo

Name of insured Employer Copay  
Nombre del asegurado Empleador Co-pago

Social Security # Date of birth / / Relation  
N° de Seguro Social Fecha de nacimiento Relación

**Emergency Contact**

*Contacto en Caso de Emergencia*

Home phone ( ) - Work phone ( ) - Cell phone ( ) -  
Teléfono Teléfono de trabajo Teléfono celular

Name Date of birth / / Relation  
N° de Seguro Social Fecha de nacimiento Relación

**Social Security Authorization  
to release information and make payments**

I certify that the information given by me in applying for payment under Title XIX of the Social Security Act is correct. I authorize any holder of medical or other information to release to the Social Security Administration or its intermediaries or carriers any information needed for claims made for Medicare, Medicaid, or other third party payments. I request that payments of authorized benefits be made directly to Northfield Family Practice or its agent on my behalf.

**Autorización de Seguro Social  
para ceder información y hacer pagos**

Yo certifico que la información dada por mí, en solicitar pago bajo Título XIX de la Acta de Seguro Social es correcta. Autorizo cualquier poseedor de información médica u otra información a ceder a la administración de Seguro Social o sus subsidiarios cualquier información necesaria para reclamos hechos por Medicare, Medicaid o pagos de terceras personas. Solicito que los pagos de prestaciones autorizadas sean dadas directamente a Northfield Family Practice o su agente en mi nombre.

**Consent for Treatment**

I authorize the health care provider staff of Northfield Family Practice to administer such care and treatment as medically indicated and is set forth in my developed plan of treatment.

**Consentamiento por Tratamiento**

Autorizo al personal de asistencia médica de Northfield Family Practice a administrarme tratamiento como está indicado por un médico y expuesto en mi plan desarrollado de tratamiento.

**Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)**

I certify that I am aware that certain disclosures to third parties, such as my insurance company, are required in order for Northfield Family Practice to submit for reimbursement for services. I authorize these disclosures as well as disclosures or communications with:

**Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)**

Certifico que soy consciente de que algunas revelaciones sean requeridos para terceras personas, como mi compañía de seguro médico, para que Northfield Family Practice pueda presentar para reembolso por servicios. Autorizo estas revelaciones además de revelaciones o comunicaciones con:

Initial <i>Iniciales</i>	
Initial <i>Iniciales</i>	
Initial <i>Iniciales</i>	
Initial <i>Iniciales</i>	

- Pharmacists  
*Farmacéuticas*
  - Referring specialists  
*Especialistas*
  - Hospital staff and physicians  
*Doctores y el personal médico*
  - Family members (specify which ones)  
*Miembros de la familia (específica con quién)*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

x  
\_\_\_\_\_  
Signature—patient *Firma—paciente* Date *Fecha*

x  
\_\_\_\_\_  
Signature—legal guardian (if patient is a minor) *Firma—custodio legal (si el paciente es menor)* Date *Fecha*

x  
\_\_\_\_\_  
Signature—NFP representative *Firma—representante de NFP* Date *Fecha*

This agency complies fully with:  
*Esta agencia cumple en total con:*

Title VI of the Civil Rights Act of 1964  
Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973  
The Age Discrimination Act of 1975

Drug allergies *Alergias a medicinas*

---



---



---

Food allergies *Alergias a comidas*

---



---



---

Current medications *Medicaciones actuales*

---



---



---



---



---

Chronic conditions *Enfermedades o dolencias crónicas*

---



---



---



---



---

Surgeries and hospitalizations *Cirugías y hospitalizaciones*

Date *Fecha*

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

**Patient and Family History**

*Historial Médico del Paciente y de su Familia*

You  
Ud.

Family member  
*Su familia*

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart attack <i>Ataque al corazón</i>           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stroke <i>Ataque de apoplejía</i>               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emphysema <i>Enfisema</i>                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bleeding disorder <i>Afección del sangre</i>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer <i>Cáncer</i>                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thyroid disorder <i>Afección de la tiroides</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney disorder <i>Afección renal</i>           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liver disorder <i>Afección del hígado</i>       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mental health <i>Trastornos mentales</i>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High blood pressure <i>Tensión alta</i>         |

You  
Ud.

Family member  
*Su familia*

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High cholesterol <i>Colesterol alto</i>          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma <i>Asma</i>                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prostate problem <i>Afección de la próstata</i>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stomach disorder <i>Afección del estómago</i>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin disorder <i>Afección de la piel</i>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colon disorder <i>Afección del colon</i>         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes <i>Diabetes</i>                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Headaches <i>Dolor de cabeza</i>                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobacco use <i>Uso del tabaco</i>                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fainting spells <i>Desmayos</i>                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Swallowing difficulty <i>Problemas de tragar</i> |