



1039 N. Country club Dr. Mesa, Az 85201  
Phone: (480) 590-5212 Fax: (480) 590-5938

### Patient Demographic Form

Please complete all boxes and bring back to receptionist.

Favor de completar y entregar al recepcionista.

Date: \_\_\_\_\_

|                                                              |              |                |                                       |
|--------------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------------------------------|
| Name/Primer Nombre                                           |              | Last/ Apellido | Home Phone/ Teléfono en casa          |
| Address/ Domicilio                                           |              |                | Guardian Cell Phone/ Celular guardian |
| City/Ciudad                                                  | State/Estado | Zip/Código     | Work Phone/ Teléfono en trabajo       |
| D.O.B./ Fecha de Nacimiento<br>MES: ____/DIA: ____/AÑO: ____ |              | Age/ Edad      |                                       |

THE FOLLOWING PEOPLE ARE AUTHORIZED TO RECEIVE MY MEDICAL INFORMATION AND CONTACTED INCASE OF AN EMERGENCY. LAS SIGUIENTES PERSONA ESTAN AUTORIZADAS PARA RECIBIR MI INFORMACION MEDICA Y CONTACTADOS EN CASO DE EMERGENCIA.

| Name/Nombre | Phone/Teléfono |
|-------------|----------------|
|             |                |
|             |                |
|             |                |

### CONSENT FOR TREATMENT

I hereby give my consent for treatment for the patient indicated above. I have received **HIPAA** information regarding the privacy policies of my protected health records. I accept that all the charges made will be paid at the time of service and accept that if I do not pay, the clinic can send the account to a collection agency and I will be responsible for all additional charges.

Por medio de la presente doy mi aprobación para que ser atendido de la forma que sea necesaria. He recibido información **HIPAA** sobre privacidad de mi información médica protegida. Acepto pagar todos los cargos en el momento en que se cobren; acepto que si no pago, la clínica puede mandar la cuenta a una agencia de colecciones y yo seré responsable de todos los cargos adicionales.

Sign/Firma (Padre o madre o guardián si es menor de edad)

Date/Fecha

X \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nuestra Clínica?: Manejando/ Facebook/ YouTube/ Google/ Por un amigo/ Por un familiar/ Tarjeta/ Folleto Otro: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para recibir inyecciones administradas por asistentes medicos tanto femeninos como masculinos, hoy y en futuras ocasiones.

I give my consent to receive injections by both female and male medical assistants today and on future occasions.

Firma/ Signature \_\_\_\_\_ Fecha/ Date \_\_\_\_\_