

WELCOME, AND THANK YOU FOR COMING TO SEE US!

RANDALL MAXEY, MD, PhD
 Advanced Community Medical Care Corporation
 418 E Arbor Vitae St Inglewood, CA 90301
 Phone: 310-680-1810

Confidential Document

PATIENT'S ACCOUNT #/NO. de CUENTA					CATEGORY/CATEGORIA
NAME (LAST, FIRST INIT.)/NOMBRE		HOME PHONE NO./NUMERO de TELEFONO	DOB/FECHA de NACIMIENTO	DL#/#LICENCIA de MANEJAR	
ADDRESS/DOMICILIO		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
SOCIAL SECURITY NO./NUMERO de SEGURO SOCIAL		SEX/ SEX O (M/F)	MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL	ETHNICITY/GRUPO ETNICO	
OCCUPATION/OCCUPACION		EMPLOYER/NOMBRE del EMPLEADOR			
EMPLOYER ADDRESS/DOMICILIO del EMPLEADOR		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
EMPLOYER PHONE NO./TELEFONO del EMPLEADOR	REFERRAL/REFERIDO POR	IN CASE OF EMERGENCY CONTACT PERSON AND PHONE NO./EN CASO de EMERGENCIA LLAME A:			
PRIMARY INSURANCE INFO. PLEASE PROVIDE COPY OF INSURANCE CARD	INSURANCE NAME & ADDRESS/ NOMBRE Y DIRECCION de ASEGURANZA				
SUBSCRIBER NO./NO de IDENTIFICACION de ASEGURANZA	GROUP NO./NUMERO de GRUPO	COVERAGE FROM/COBERTURA DESDE	COVERAGE TO/COBERTURA HASTA	CO-PAYMENT/CO-PAGO	
CLAIM NUMBER/NO de RECLAMO	INSURED'S NAME/NOMBRE del ASEGURADO		INSURED'S DATE OF BIRTH/FECHA de NACIMIENTO		
INSURED'S SEX (M/F)/SEXO del ASEGURADO	INSURED'S PHONE NO./TELEFONO del ASEGURADO		INSURED'S SOCIAL SECURITY NO./NUMERO de SEGURO SOCIAL		
INSURED'S ADDRESS/DOMICILIO del ASEGURADO		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
INSURED'S EMPLOYER/EMPLEADOR del ASEGURADO			EMPLOYER'S PHONE NO./TELEFONO del EMPLEADOR		
EMPLOYER'S ADDRESS/DOMICILIO del EMPLEADOR		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
SECONDARY INSURANCE INFO. PLEASE PROVIDE COPY OF INSURANCE CARD	INSURANCE NAME & ADDRESS/ NOMBRE Y DIRECCION de ASEGURANZA				
SUBSCRIBER NO./NO de IDENTIFICACION de ASEGURANZA	GROUP NO./NUMERO de GRUPO	COVERAGE FROM/COBERTURA DESDE	COVERAGE TO/COBERTURA HASTA	CO-PAYMENT/CO-PAGO	
CLAIM NUMBER/NO de RECLAMO	INSURED'S NAME/NOMBRE del ASEGURADO		INSURED'S DATE OF BIRTH/FECHA de NACIMIENTO		
INSURED'S SEX (M/F)/SEXO del ASEGURADO	INSURED'S PHONE NO./TELEFONO del ASEGURADO		INSURED'S SOCIAL SECURITY NO./NUMERO de SEGURO SOCIAL		
INSURED'S ADDRESS/DOMICILIO del ASEGURADO		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	
INSURED'S EMPLOYER/EMPLEADOR del ASEGURADO			EMPLOYER'S PHONE NO./TELEFONO del EMPLEADOR		
EMPLOYER'S ADDRESS/DOMICILIO del EMPLEADOR		CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	

I authorize payment of medical benefits be made directly to the physician provider for services rendered./Yo autorizo pago de beneficios medicos directamente al doctor por sus servicios.

DATE/FECHA _____ SIGNED (Insured or Authorized)/FIRMA del PACIENTE _____

I authorize any insurance company, organization, employer, hospital, physician, or pharmacist to release any information to this claim and the expenses reported./Yo autorizo a cualquier compania de aseguranza, organizacion, empleador, hospital, doctor, farmaceutico, para obtener informacion pertinente a estos servicios y cobros.

DATE/FECHA _____ SIGNED (Insured or Authorized)/FIRMA del PACIENTE _____