

Check-In Sheet

Simple Traditions Family Health

Legal Name (*Nombre Legal*)

Nickname/Preferred Name (*Sobrenombre*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*)

Gender (M, F) (*Sexo (H, M)*)

If minor, name of parent or guardian (*Nombre de padre o guardián si es menor de edad*)

Address (*Dirección*)

City (*Ciudad*)

TX

Zip (*Código postal*)

Home phone (*Número de teléfono de casa*)

Mobile phone (*Número de celular*)

Email (*Email*)

Yes, I would like to receive your electronic newsletter

How do you prefer to be contacted? (circle one)
(*Como prefiere Ud. que le contactemos*)

Email
(*Email*)

Home Phone
(*Teléfono de casa*)

Mobile Phone
(*Celular*)

Name of insurance/cost-sharing program (name only) if applicable (*Nombre de seguro médico si lo tiene*)

In case of emergency, whom should we contact? (*En caso de emergencia, a quién debemos contactar?*)

Name (*Nombre*)

Relationship (*Relación*)

Phone (*Número de teléfono*)

With whom may we discuss your personal medical information? (Examples: spouses, children, parents) (*Con quién podemos discutir su información medica? Ejemplos: maridos, hijos, padres*)

Name (*Nombre*)

Relationship (*Relación*)

Name (*Nombre*)

Relationship (*Relación*)

Name (*Nombre*)

Relationship (*Relación*)

Others (*Otros*):

Office use only

ID verified

Acuity added

EMR added

Sage added

Newsletter