

PATIENT INFORMATION

Please Complete Entire Form

MR No. _____ Date _____

Patient Name _____ DOB _____ Sex _____

Other Names _____ Primary Care Physician _____ Referring Physician _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ Other Phone _____ Religion _____ Marital Status _____

Race _____ Ethnicity _____ Language _____ Social Security No. _____

Patient Employer _____ Phone _____ Occupation _____ Full Time

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Part Time

Next of Kin/Emergency Contact _____ Relationship to Patient _____

Phone _____ Other Phone _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Check if same as patient

Person Responsible for the Bill (Guarantor) - Required for patients under 18 years

Guarantor Name _____ DOB _____ Sex _____ Marital Status _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ Employer Phone _____ Social Security No _____

Race _____ Language _____ Relationship to Patient _____

Guarantor's Employer _____ Occupation _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

COPY BOTH SIDES OF CARD

First Insurance (Present Card) - Subscriber is the primary holder of insurance

Insurance Company _____ Phone _____

Insured Subscriber's Name _____ Subscriber's DOB _____

Policy/Group No _____ Relationship to Patient _____

Second Insurance (Present Card)

Insurance Company _____ Phone _____

Insured Subscriber's Name _____ Subscriber's DOB _____

Policy/Group No _____ Relationship to Patient _____

Pharmacy Benefits

Pharmacy Benefits (i.e. Medicare Part D, Express Scripts) _____

Group Policy No. _____ Phone _____



VENTURA COUNTY MEDICAL CENTER
INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor, complete
todo el formulario:

UNIT NO. _____ DATE: _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Apellido de Soltera / Otros Nombres _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono _____ Lenguaje _____ Religion _____ Estado Civil _____

Raza _____ No. de Seguro Social _____ Ocupacion _____

Nombre de la Compania Donde Trabaja _____

Telefono _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

En Caso de Emergencia a Quien Llamamos? _____ Parentesco con el Paciente _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono _____

Persona Responsable por la Cuenta

Nombre del Responsable _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Telefono _____ Seguro Social _____ Parentesco con el Paciente _____

Estado Civil _____ Raza _____ Lenguaje _____

Nombre de la Compania Donde Trabaja _____ Ocupacion _____

Telefono _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

**Informacion de Seguro Medico
Seguro Primario**

Nombre de la Compania de Seguro _____

Telefono _____ No. de Poliza _____ No. de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Parentesco con el Paciente _____

Seguro Secundario

Nombre de la Compania de Seguro _____

Telefono _____ No. de Poliza _____ No. de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Parentesco con el Paciente _____

PATIENT INFORMATION

VENTURA COUNTY HEALTH CARE AGENCY

