

**PanAmerican Internal Medicine, P.C.**  
**Jaime Camacho, M.D.**

Date/Fecha _____
Reason for visit/motivo de consulta _____
How did you hear from us/Cómo escuchó de nuestra oficina _____

**PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE**

Last Name/Apellido _____	First/Nombres _____	MI: _____
Address/Direccion _____	Apt: _____	
City/Ciudad _____	State/Estado _____	ZIP _____
Phone: Home/Casa _____	Work/Trabajo _____	Cell _____
Sex: M/F _____	Marital status (S)(M)(D)(W) _____	Age/Edad _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento(Mes/Dia/Año) _____		
Social Security # _____	email _____	
Employer Name/Compañía Donde Trabaja _____		
Emergency Contact/Contacto de Emergencia _____		
<b>I hereby authorize PanAmerican Internal Medicine, PC to leave a message with results at _____</b>		
<b>Autorizo a PanAmerican Internal Medicine, PC dejar mensajes con mis resultados al _____</b>		

**IF PATIENT IS A MINOR/SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD**

Parent or Guardian Name/Padre/Apoderado _____		
Relationship to Patient/Relacion con el Paciente _____		
Address, if different/Direccion si es diferente _____		
City/Ciudad _____	State/Estado _____	Zip _____
Phone: Home/Casa _____	Cell _____	

**IF PATIENT IS NOT SUBSCRIBER/SI EL PACIENTE NO ES TITULAR**

Name of Insurance Co/Nombre del Seguro _____	
Subscriber's Name/Nombre del Titular _____	
Relationship to patient/Relacion con el Paciente _____	
Subscriber's Social Security No/SS# del Titular _____	
Subscriber DOB/Fecha de Nacimiento del Titular _____	
Employer's Name(Group)/Nombre de la Compañía(Groupo) _____	
ID# _____	Group# _____

I hereby authorize PanAmerican Internal Medicine, P.C. to apply for benefits on my behalf for covered services rendered. I request payments from my insurance be made directly to the above named provider. I certify that the information for this or any related claim to the above and/or the insurance company named above. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. Either the above named carrier or I may revoke this authorization at any time in writing.

**Autorizo por este medio a PanAmerican Internal Medicine, P.C. solicitar los beneficios en mi favor por los servicios rendidos. Solicito que los pagos de mi seguro se hagan directamente al proveedor arriba nombrado. Certifico que la información para esta o cualquier demanda relacionada al seguro de la compañía arriba mencionada es cierta. Permito que una copia de esta autorización puede ser utilizada en lugar de la original. El portador arriba nombrado o yo pueden revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.**

Signatura/Firma \_\_\_\_\_

Date/Fecha \_\_\_\_\_

Office Staff/Empleada de la oficina \_\_\_\_\_