



Texas Tech Physicians
of the PERMIAN BASIN

Date: _____

D#: _____

SECTION 1 PATIENT INFORMATION

Patient Full Legal Name	Date of Birth	SSN	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
-------------------------	---------------	-----	--

Address (Number)	(Street)	(Apt. No.)
------------------	----------	------------

City	State	Zip	Phone (Home)	Phone (Cell)
------	-------	-----	--------------	--------------

Marital Status	Employer
----------------	----------

Emergency Contact Name	Relationship	Contact Phone
------------------------	--------------	---------------

Spouse	Contact Phone
--------	---------------

The Following Responsible Party is the "Guarantor" and is responsible for the cost of services to the Patient:

Full Legal Name	Date of Birth	Relationship to Patient
-----------------	---------------	-------------------------

Address (if different than Patient)	City	State	Zip	Phone (Home)	Phone (Cell)
-------------------------------------	------	-------	-----	--------------	--------------

The following information is regarding the Insurance cardholder if other than Patient or Responsible Party:

Full Legal Name	Date of Birth	Social Security Number
-----------------	---------------	------------------------

SECTION 2: Primary and Secondary Insurance if applicable

Primary Insurance Name	Subscriber Name
------------------------	-----------------

DOB	Relationship	Policy Number
-----	--------------	---------------

Group Number	Claims Address
--------------	----------------

Secondary Insurance Name	Subscriber Name
--------------------------	-----------------

DOB	Relationship	Policy Number
-----	--------------	---------------

Group Number	Claims Address
--------------	----------------



**Texas Tech Physicians
of the PERMIAN BASIN**

Date: _____

D#: _____

SECTION 1 Informacion de Paciente

Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Direccion	Calle	Numero de Apartamento		
Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono	Numero Celular
Estado Marital		Empleador		
Contacto de Emergencia	Relacion	Numero		
Esposo/a	Numero			

La siguiente parte responsable es el garante y responsable por el costo de los servicios al paciente:

Nombre Legal	Fecha de Nacimiento	Relation			
Dirreccion	Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero Primari	Cellular

La siguiente informacion es sobre el titular seguro si diferente a el paciente o la persona responsable:

Nombre Legal	Fecha De Nacimiento	Seguro Socialpatient
--------------	---------------------	----------------------

SECTION 2: Seguro primario y secundario si corresponde

Nombre de Seguro Primario		Nombre del Suscriptor			
Fecha de Nacimiento	Relation		Numero de Poliza		
Numero de Grupo	Dirreccion de Seguro				
Nombre de Seguro Secundario		Nombre del Suscriptor			
Fecha de Nacimiento	Relation		Numero de Poliza		
Numero de Grupo	Dirreccion de Seguro				