

East Central Oklahoma Family Health Center, Inc.

**109 South Main
Wetumka, OK 74883**

**1102 West Main
Henryetta, OK 74437**

**217 South 5th
Henryetta, OK 74437**

Patient Information
Informacion de paciente

Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____
Nombre Fecha De Nacimiento Edad

Sex: M F SSN: - - Home Phone Number: Email Address:
sexo # de seguro numero de telefono correo electronico

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip _____
Direccion ciudad estado codigo postal

Cell Phone: _____ Cell Phone Carrier: _____ Race: _____ Marital Status: S M D
Cellular compania Raza Estado Civil

PT Employer: _____ Address: _____
Empleo Direccion

Employer Phone: _____ Position: _____
de Telefono Posicion

Spouse's Name: _____ Spouse Employer: _____
Nombre de Esposo Empleo

Address: _____ Phone _____
Direccion # de telefono

PT Employment Status: Employed: Not Employed: Self: Retired: Active Duty: Veteran:
Estado de empleo Empleado Sin empleo Sol@ Retirado Activo military Veterano

Student Status: Full Time: Part Time: Not a Student:
Estado De Estudiante Tiempo complete Tiempo parcial No esta estudiando

Race: (circle one) Black/African American American Indian/Alaska Native Native Hawaiian White
Other Pacific Islanders Asian More than One Race

Ethnicity: (circle one) Hispanic/Latino/Spanish Non-Hispanic/Latino Decline to Report

Please indicate the category for your annual household income (for statistical purposes only): (circle one)
Por Favor indique la categoria de su ingreso anual(circule uno)

\$0 - \$11,490 \$11,491 – \$22,980 \$22,981 – \$45,960 \$45,961 – \$68,940
\$68,941 and Above I choose not to answer

Pharmacy Name: _____
Farmacia

Authorizations Treatment Release: I authorize my physician to provide the patient reasonable and proper medical care by today's standards.

Autorización de tratamiento: Autorizo a mi médico para brindar la atención médica razonable y adecuada del paciente para los estándares actuales.

Benefits to Physician: I hereby authorize payments to the ECOFHC for medical benefits. I also understand that I am responsible for any of my bill not covered by insurance.

Beneficios para el médico: Por la presente autorizo pagos al ECOFHC para beneficios médicos. También entiendo que soy responsable de cualquiera de mi factura no cubiertos por el seguro.

Release of information: I hereby authorize release of information for insurance claim purposes Photostat of the above is valid as the original.

Divulgación de información: Por la presente autorizo la liberación de información con fines de reclamación de seguros fotostática de lo anterior es válida como el original

I understand all of the above and hereby state that the information is correct to my knowledge. My signature indicates that I have read that an above and grant the request of authorizations.

Entiendo todo lo anterior y por la presente declaro que la información es correcta según mi conocimiento. Mi firma indica que he leído que un arriba y aceptar la solicitud de las autorizaciones.

SIGNED _____

Firma

DATE: _____

Fecha De hoy