

East Central Oklahoma Family Health Center, Inc.

**109 S Main Street
Wetumka, OK
74883**

**104 E Shurden
Industrial Blvd,
Henryetta, OK
74437**

**207 W 1st Street
Wewoka, OK
74884**

**1102 W. Main
Street,
Henryetta, OK
74437**

Patient Information

Informacion de paciente

Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____

Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Edad _____

Sex at Birth: 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

Pharmacy Name: _____

Farmacia _____

Person Responsible For Bill (If Other Than Patient)

Persona Responsable Del Pago (si no Es el paciente)

Name _____ Birthdate _____ Parent/Guardian SSN _____

Form 102-s

Nombre	Cumpleanos	padre o representante legal #ss	
Address	City	State	Zip
Direccion	Ciudad	Estado	codigo postal
Employer	Business Phone	Position	
Empleador	Numero de telefono	posicion	

Insurance Coverage
Aseguransa

Company	Policy Holder	Holder's Birthdate	Holder's SSN	Policy ID #	Group #	Employer
Compania	Dueno de polisa	Fecha de nacimiento	#ss	# de polisa	# grupo	Empleador

1. _____

2. _____

Emergency Contact
Numero en caso de emergencia
Nearest Relation (Not Living in Household)
Que no vivan en el hogar

Name	Relationship
Nombre	Relacion

Address	Phone
Direccion	# de telefono

Employer:	Address:
Empleador	Direccion

Phone: _____
de telefono

Second Contact	Relationship
Segundo contacto	Relacion

Address:	Phone
Direccion	#de Telefono

Employer:	Address:
Empleado	Direccion

Phone _____
de telefon

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

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

Benefits to Physician: Por la presente autorizo pagos al ECO Family Health Center por beneficios medicos. También entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi facture que no esté cubierta por el seguro.

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.

Liberación de información: Por la presente, autorizo la divulgación de información para fines de reclamos de seguros. Photostat de lo anterior es válido como el 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.

ECO Family Health Center participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE). Electronic HIE le permite a su equipo de atención médica compartir sus registros de salud electrónicos de forma rapida y segura entre sí para una mejor atención al paciente. Si desea optar por que su registro electrónico no se comparta con los miembros de su otro equipo de atención médica, infórmele a la recepción y ellos pueden ayudarlo con el formulario apropiado.

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 _____ DATE: _____
Firma Fecha De hoy