

Freeport • Primary Office

73 Guy Lombardo Avenue
Freeport, NY 11520
p 516.377.3332
f 516.377.3844

Hicksville Office

111 W. Old Country Road, Suite 101
Hicksville, NY 11801
p 516.934.0380
f 516.934.0381

Patient Registration

General Information

Last Name: Apellidos: _____		First Name: Nombre: _____		Age: Edad: _____		Date of birth: Fecha de nacimiento: _____	
Sex: Male ☐ Female ☐ Sexo: Masculino ☐ Femenina ☐		Marital Status: Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Estado Civil: Solo ☐ Casado/a ☐ Divorciado ☐ Viudo/a ☐					
Cell Phone: Teléfono celular: _____		Home Phone: Teléfono de casa: _____		Work Phone: Teléfono trabajo: _____			
Social Security #: Seguro Social #: _____		Email Address: el Email: _____					
Street Address: Direccion: _____		Apt #: Apto #: _____		City: Ciudad: _____		State: Zip: Estado: Zip: _____	
In case of emergency: En caso de emergencia: _____		Contact name: Nombre del contacto: _____		Contact phone: Teléfono del contacto: _____			
Referring Doctor's Name: Nombre del Medico Remitente: _____							
Race: White: ☐ Black or African-American: ☐ American Indian or Alaska Native: ☐ Asian: ☐ Blanca: ☐ Negro o Afroamericano: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska: ☐ Asiatico: ☐		Hispanic or Latino: ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander: ☐ Other: ☐ _____ Hispana o Latina: ☐ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico: ☐					

Doctor Information

PRIMARY CARE DOCTOR

Doctor's Name:
Nombre del medico: _____

Address:
Direccion: _____
Street _____
City _____ State _____ Zip _____

Phone:
el Telefono: _____

Fax:
Fax: _____

Other:
Otro: _____

REFERRING DOCTOR

Doctor's Name:
Nombre del medico: _____

Address:
Direccion: _____
Street _____
City _____ State _____ Zip _____

Phone:
el Telefono: _____

Fax:
Fax: _____

Other:
Otro: _____

Authorization for release of information by The Pain Group, PLLC

I hereby authorize and direct the above named practice, having treated me, to release to government agencies, insurance carriers, or others who are financially liable for my medical care, all information needed to substantiate payment for such medical care and to permit representatives thereof to examine and make copies for all records relating such care and treatment. I hereby assign, transfer, and set over the above named clinical practice sufficient mores and/or benefits to which I may be entitled from governmental agencies, insurance carrier, or others who are financially liable for my medical care to cover the costs of the care and treatment rendered to myself or my dependent said practice.

Signature of Patient or Authorized Representative

Date

Insurance Information

Medical Insurance

Primary Insurance Co.:

Compañía de seguros primarios:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

ID Claim #:

Reclamación de ID:

Insured Name:

Asegurado nombre:

Relationship:

In Relación:

Secondary Insurance Co.:

Compañía de seguros secundaria:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

ID Claim #:

Reclamación de ID:

Insured Name:

Asegurado nombre:

Relationship:

In Relación:

No Fault Insurance

No Fault Insurance Co.:

Compañía de Seguros de Fallas:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

Insured Name:

Asegurado nombre:

Relationship:

In Relación:

D/A:

D/A:

Claim #:

la Reclamación #:

Policy #:

la Poliza #:

N/F Attorney's Name:

Nombre del Abogado:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

Phone:
el Teléfono:

Fax:

Fax:

Other:

Otro:

Email:

Email:

Worker's Compensation Insurance

Primary Insurance Co.:

Compañía de seguros:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

Insured Name:

Asegurado nombre:

Relationship:

In Relación:

D/A:

D/A:

Claim #:

la Reclamación #:

Policy #:

la Poliza:

W/C Attorney's Name:

Nombre del Abogado:

Address:

Dirección:

Street

City

State

Zip

Phone:
el Teléfono:

Fax:

Fax:

Other:

Otro:

Email:

Email:

Is your condition related to an automobile accident?

¿Su condición está relacionada con un accidente automovilístico?

Yes: ☐

Si: ☐

No: ☐

No: ☐

Is your condition related to a work-related injury or illness?

¿Su afección está relacionada con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo?

Yes: ☐

Si: ☐

No: ☐

No: ☐

Patient Name:

Nombre del Paciente:

Signature:

Firma:

Date:

Fecha: