

## Gary D Salomon, MD

LAST NAME/APELLIDO		NAME/NOMBRE		MIDDLE NAME/SEGUNDO NOMBRE		SOCIAL SECURITY NUMBER/NO SEGURO SOCIAL	
BIRTHDATE/NACIMIENTO		AGE/EDAD 00		SEX/SEXO		MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL	
HEIGHT/ESTATURA		WEIGHT/PESO		ADDRESS/DIRECCION COMOCILIO		APT/NO DE APARTAMENTO	
CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA			
HOME TELEPHONE/TELEFONO		ID OR DRIVER'S LICENSE/IDENTIF O LICENCIA		OCCUPATION/OCUPACION			
PATIENT EMPLOYER/NOMBRE DEL SITIO DE TRABAJO				Employer Phone No/Telefono del Empleador			
EMPLOYER ADDRESS/DOMICILIO del EMPLEADOR		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	
<b>Primary Insurance</b>							
Please Provide a Copy of your Card							
INSURANCE NAME & ADDRESS/ NOMBRE Y DIRECCION de ASEGURANZA							
SUBSCRIBER NO./NO de IDENTIFICACION de ASEGURANZA		GROUP NO./NUMERO de GRUPO		COVERAGE FROM/COBERTURA DESDE		COVERAGE TO/COBERTURA HASTA	
CLAIM NUMBER/NO. de RECLAMO		INSURED'S NAME/NOMBRE del ASEGURADO		INSURED'S DATE OF BIRTH/FECHA de NACIMIENTO			
INSURED'S SEX (M/F)/SEXO del ASEGURADO		INSURED'S PHONE NO./TELEFONO del ASEGURADO		INSURED'S SOCIAL SECURITY NO./NUMERO de SEGURO SOCIAL			
INSURED'S ADDRESS/DOMICILIO del ASEGURADO		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	
INSURED'S EMPLOYER/EMPLEADOR del ASEGURADO				EMPLOYER'S PHONE NO./TELEFONO del EMPLEADOR			
EMPLOYER'S ADDRESS/DOMICILIO del EMPLEADOR		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	
<b>Work Related Injury/Accidente de Trabajo</b>							
IS THIS A WORK RELATED INJURY YES/SI _____ NO/NO _____		EMPLOYER AT TIME OF INJURY/EMPLEADOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE		DATE OF INJURY/FECHA DE ACCIDENTE			
ADDRESS/DIRECCION		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	
WORK PHONE/TELEFONO DEL TRABAJO							
DO YOU HAVE AN ATTORNEY/TIENE ABOGADO YES/SI _____ NO/NO _____		ATTORNEY'S NAME/NOMBRE DEL ABOGADO					
ADDRESS/DIRECCION		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	
TELEPHONE/TELEFONO							
<b>Personal Injury/Otro Tipo de Accidente</b>							
AUTO ACCIDENT/ACCIDENTE DE CARRO YES/SI _____ NO/NO _____		IF NOT, EXPLAIN/SI ES NO EXPLIQUE		DATE OF INJURY/FECHA DE ACCIDENTE			
DO YOU HAVE AN ATTORNEY/TIENE ABOGADO YES/SI _____ NO/NO _____		ATTORNEY'S NAME/NOMBRE DEL ABOGADO		TELEPHONE/TELEFONO			
ADDRESS/DIRECCION		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO		ZIP CODE/ZONA POSTAL	

I authorize the doctor to render medical services.

DATE/FECHA \_\_\_\_\_ SIGNED (Insured or Authorized)/FIRMA del PACIENTE \_\_\_\_\_

I authorize payment of medical benefits be made directly to the physician provider for services rendered./Yo autorizo pago de beneficios medicos directamente al doctor por sus servicios.

DATE/FECHA \_\_\_\_\_ SIGNED (Insured or Authorized)/FIRMA del PACIENTE \_\_\_\_\_

I authorize any insurance company, organization, employer, hospital, physician, or pharmacist to release any information to this claim and the expenses reported./Yo autorizo a cualquier compania de aseguranza, organizacion, empleador, hospital, doctor, farmaceutico, para obtener informacion pertinente a estos servicios y cobros.

DATE/FECHA \_\_\_\_\_ SIGNED (Insured or Authorized)/FIRMA del PACIENTE \_\_\_\_\_