

STEPHEN P. MANISCALCO M.D./JOHN W. DAVIS III M.D.
CHARLIE DENDY D.O./MATTHEW MARCUS MCTAGUE D.O.
J. ALAN PRZYBYLA, M.D./JACK LAI PA-C
500 MEDICAL CENTER BLVD., STE 340, CONROE TEXAS 77304
PHONE 936-494-2201
FAX 936-494-2217

Patients full name _____ Age _____ Date of Birth _____
(Nombre del Paciente) Last (Apellido) First (Nombre) MI (Edad) (Fecha de Nacimiento)

SS # _____ D.L. # _____
(Numero Social) (# licencia)

Home Phone # _____ Cell _____ OtherTel# _____
(# Tel Casa) (# Tel Celular) (otro # tel)

Mailing Address _____
(Direccion) Street (Calle, PO Box) City, State (Ciudad, Estado) Zip (Codigo Postal)

Patient's Employer _____
(Empleador) Name (Nombre) Address (Direccion) Phone# (# Tel)

Next of Kin _____
(Contacto Familiar) Name (Nombre) Phone # (# Tel) Relationship (Relacion)

Parent/ Legal Guardian(if under 18) _____
(guardian paternal/legal(si bajo 18 edad))

Referring Physician _____ **Phone #** _____

Family Physician _____ **Phone #** _____

Primary Insurance _____
(Seguro Principal) Name (Nombre) Address (Direccion) Policy # (# Poliza)

Secondary Insurance _____
(Seguro Secundario) Name (Nombre) Address (Direccion) Policy # (Poliza)

CURRENT MEDICATIONS _____

ALLERGIES TO MEDICINE _____

I agree that the information supplied on this form is accurate and up to date to the best of my knowledge. I hereby authorize
De acuerdo a mi mejor conocimiento, la informacion proporcionada en esta forma es correcta y actualizada. Autorizo a Southern Physician Network

Southern Texas Physician Network to release any information acquired in the course of my
. para que le comuniquen a mi compania de seguro medico o entidad pagadora toda la informacion medica que ellos soliciten. Autorizo el pago de

examination and treatment for insurance purposes. I hereby authorize any payment of medical or surgical benefits to be paid
cualquier seguro de salud o beneficios que esten disponibles para los servicios medicos que reciba. Entiendo que soy responsable por cualquier pago que no sea cubierto por my

directly to the above name physicians for their services. I understand that I am financially responsible for any charge not covered
seguro de salud o otros beneficios. Una copia photostatica/fax de esta autorizacion puede ser usada como prueba de mi consentimiento.

by this authorization. A photostatic /fax copy of this authorization may be exhibited as proof of my consent.

Patient Signature _____ Date _____
(Firma del Paciente) (Fecha)