

Due Date \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

**Patient Information** Please print clearly and complete the following information.

Patient's Full Name \_\_\_\_\_ Primary Physician \_\_\_\_\_  
 Mailing Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Marital Status \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Race \_\_\_\_\_  
 Social Security # \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_  
 Employer Name \_\_\_\_\_ Employer Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Employer Telephone # \_\_\_\_\_ Full/Part Time  
 Occupation \_\_\_\_\_ Retirement Date \_\_\_\_\_

**Responsible Party Information** Check here if same as patient information above

Person responsible for Bill \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Mailing Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_  
 Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
 Employer Name \_\_\_\_\_ Employer Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Employer Telephone # \_\_\_\_\_ Full/Part Time  
 Occupation \_\_\_\_\_ Retirement Date \_\_\_\_\_

**Other Responsible Party Information** (if applicable)

Person responsible for Bill \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Mailing Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_  
 Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
 Employer Name \_\_\_\_\_ Employer Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Employer Telephone # \_\_\_\_\_ Full/Part Time  
 Occupation \_\_\_\_\_ Retirement Date \_\_\_\_\_

**Emergency Notification Information**

(Relative or Friend not living at the same address as the patient)

Person to Notify \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Insurance Information**

**Medicare #** \_\_\_\_\_ Insured's Name \_\_\_\_\_  
 Hospital (Part A) Effective Date \_\_\_\_\_ Medical (Part B) Effective Date \_\_\_\_\_

**Primary Insurance**

Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy Holder's Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
 Group Name / Employer \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_  
 Policy/Contract # \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance** (if applicable)

Insurance Company \_\_\_\_\_ Policy Holder's Name \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Telephone # \_\_\_\_\_  
 Group Name / Employer \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_  
 Policy/Contract # \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**NOTE: Please remember to bring your insurance card each time you visit Davis Regional Medical Center.**

**Mail or Bring Application to:**  
 MED-KEY  
 Davis Regional Medical Center  
 P.O. Box 1823 • Statesville, NC 28687 • (704)873-0281

Fecha de parto \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

**Información sobre el paciente** Por favor escriba la siguiente información en forma clara, con letras de imprenta.

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_ Médico que refiere \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador \_\_\_\_\_ Tiempo parcial/Completo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de retiro \_\_\_\_\_

**Información sobre la persona responsable** Por favor marque a continuación si la persona responsable es el mismo paciente

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador \_\_\_\_\_ Tiempo parcial/Completo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de retiro \_\_\_\_\_

**Otra información sobre la persona responsable** (si se aplica)

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador \_\_\_\_\_ Tiempo parcial/Completo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de retiro \_\_\_\_\_

**Información sobre notificación de emergencia**

(Familiar o amigo que no vive en el mismo domicilio del paciente)

Persona a notificar \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro**

**Medicare #** \_\_\_\_\_ **Nombre del asegurado** \_\_\_\_\_

Hospital (Parte A) Fecha efectiva \_\_\_\_\_ Médica (Parte B) Fecha efectiva \_\_\_\_\_

**Seguro Primario**

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del grupo/Empleador \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Póliza/Contrato # \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** (si se aplica)

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre del grupo/Empleador \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

Póliza/Contrato # \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*NOTA: Por favor, cada vez que visite el Davis Medical Center recuerde traer su tarjeta del Seguro.*

**Envíe la solicitud por correo o tráigala a:**

MED-KEY  
Davis Regional Medical Center  
P.O. Box 1823 • Statesville, NC 28687 • (704) 873-0281