



Dusk to Dawn Urgent Care

Dr. Eugene Allen

16415 Colorado Ave. Suite 104 Paramount, CA 90723

3680 Imperial Highway Suite 410, Lynwood, CA 90262

Phone (562)808-2273 Fax (562)808-2203

Phone (310)639-2220 Fax (310)639-2221

PATIENT INFORMATION RECORD/ INFORMACION DE PACIENTE

Allergies/Alergias		
Patient Name/Nombre del paciente : (Last/Apellido) (First/Nombre) (Middle)	Race/Raza	Driver's License Number/ Numero de licencia
Date of Birth/ Fecha de nacimiento Sex/Sexo M____ F____	Religious Preferences/Religion	Patient Social Security Number/ Numero de Seguro
Marital Status Single/Soltero/a _____ Married/Casado/a _____		Spouse Social Security Number/ Numero de Seguro de esposo/a
Patient's Address/ Direccion del paciente	PO BOX No.	Home phone Number/ Numero de telefono () -
City/Ciudad	State/ Estado	Zip Code/Codigo Postal
Referring Physician/ Referido por:		Phone Number/ Numero de telefono () -
INSURANCE INFORMATION/ INFORMACION DE ASEGURANSA		
Name of Employer/ Nombre de Empleador :		Phone Number/ Numero de telefono () -
Employer Address/ Direccion de Empleador	City/Ciudad	State/Estado Zip Code/ Codigo Postal
Primary Insurance Carrier/ Nombre del cargador primario	Policy Number/ Numero de policia	Group Number/ Numero de grupo
Primary Insurance Address/ Direccion del cargador primario		Phone Number/ Numero de telefono () -
City/ Ciudad	State/ Estado	Zip Code/ Codigo Postal
Name of Responsible Party/ Nombre de el grupo responsable	Relationship to patient/ Relacion	Insured's date of birth/ Fecha de nacimiento
LINGUISTIC SERVICE NEEDS/ SERVICIOS NECESITADOS		
Primary Language/ Lenguaje Primero:		Secondary Language/ Lenguaje Secunario:
Interpreter Services Offered/ Servicios de Interprete: ☐ Yes/ Sí ☐ No Interpreter Services Accepted/ Servicios de Interprete Aceptado: ☐ Yes/ Sí ☐ No (If No- Indicate who will interpret for the patient/ Si, no necesita de nuestros servicios quien desea ser el indicado.) Interpreter Services Provided by/ Servicios de Interprete: ☐ PCP ☐ MA ☐ Other: Please explain/ Por favor, explique:		
Is the patient hearing impaired/ Es el paciente sordo mudo: ☐ Yes/ Sí ☐ No (If yes, indicate services offered, Si es sordo mudo quien dara sus servicios.)		
CONSENT FOR TREATMENT AND AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION I consent to and authorize the administration of all the treatment that may be considered advisable to necessary in the judgment of the attending physician. I authorize Eugene Allen to furnish the above insurance carriers information regarding history, physical finding, and treatment rendered. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACION DE DAR INFORMACION MEDICA Yo consiento y autorizo la administracion de todo el tratamiento que es considerado avisable y necesario en el juicio de el Doctor. Yo autorizo a Dr. Eugene Allen a mi aseguranza para informacion de mi historia y tratamiento medico.		
Signature/ Firma	Date/ Fecha	Witness/ Testigo
AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PROVIDER I authorize payment to benefits directly to the provider for the service rendered. I understand and agree that I am responsible for whatever costs my insurance does not cover. AUTORIZACION PARA QUE PROVEADOR PAGA LOS BENEFICIOS Yo autorizo pagos a beneficios directamente a el proveedor para el servicio. Yo entiendo y acepto la responsabilidad de cualquier costo no cubierto por mi aseguranza.		
Signature/ Firma		Date/ Fecha
EMERGENCY INFORMATION/ INFORMACION PARA EMERGENCIA		
In an Emergency, contact/ Contacto de emergencia	Relationship/ Relacion	Phone Number/ Numero de Telefono () -

Employee Initials: _____