

IBRAHIM H. AMJAD, M.D., P.A
Medical Arts Plaza
1100 SW 57th Avenue PH# 1
MIAMI, FL 33144

Phone (305) 267-8885
Fax (305) 265-0142
Email: doctor@driamjad.com

Adult Registration/Registracion de Adultos

Patient Name/ _____ **Date of Birth/** _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Last/Apellido) (First/Primer Nombre) (M.I.)

Address/ Dirección: _____

City/ Ciudad: _____ **State/ Estado:** _____ **Zip Code/ Código Postal:** _____

Sex/ _____ **Marital Status/** _____ **Social Security Number/** _____
Sexo: M F Estado Civil: _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Home Phone/ _____ **Alternate Phone/** _____
Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono Alternativo: (____) _____

Occupation/ _____ **Work Phone/** _____
Ocupación: _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Employer/ _____ **EMAIL/** _____
Empleador: _____ Correo Electrónico: _____

Primary Insurance Information/ Información de Seguro

(Please give your insurance card and some form of picture ID to the receptionist. /
Favor entregar tarjeta de seguro y un tipo de identificación con foto a la recepcionista.)

Please indicate primary insurance/
Favor indicar seguro primario:

Aetna Amerigroup Avmed BC/BS Cigna Humana Neighborhood

United Vista Wellcare/Staywell Other: _____

Medicaid Medicare

(Please specify what type/
Favor especificar que tipo): _____

Primary Doctor/ _____ **Phone Number/** _____
Doctor Primario: _____ Numero de Teléfono: (____) _____

Subscriber's Name/ _____ **SS#** _____ - _____ - _____
Nombre de Asegurado Principal:

Insurance Member ID or Policy Number/ _____ **Group Number/** _____
Numero de Miembro o Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Zip Code/ Código Postal:** _____

Please Turn Over and Fill Out the Back of this Form/
Favor de Terminar de Llenar la Planilla Detras. ☺
DM 09/23/2008

IBRAHIM H. AMJAD, M.D., P.A
Medical Arts Plaza
1100 SW 57th Avenue PH# 1
MIAMI, FL 33144

Phone (305) 267-8885
Fax (305) 265-0142
Email: iamjad@bellsouth.net

Secondary Insurance (If applicable)/**Seguro Secundario** (Si aplica)

Please indicate secondary insurance/

Favor indicar seguro secundario:

Aetna Amerigroup Avmed BC/BS Cigna Humana Neighborhood

United Vista Wellcare/Staywell Other: _____

Medicaid Medicare

(Please specify what type/

Favor especificar que tipo): _____

Subscriber's Name/

Nombre de Asegurado Principal: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Insurance Member ID or Policy Number/

Numero de Miembro o Póliza: _____

Group Number/

Numero de Grupo: _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ **Zip Code/** Código Postal: _____

Subscriber Relationship to Patient/

Relacion de Asegurado al Paciente: Parent Grandparent Other: _____

In Case of Emergency

Name of Emergency Contact (not living at the same address)/

Nombre de Contacto en Caso de Emergencia (que no viva en la misma dirección):

Relationship to Patient/

Relación al Paciente: _____

Home Phone/

Teléfono de Casa: _____

Alternate Phone/

Teléfono Alternativo: _____