



TUNG HUU NGUYEN, M.D.
CARDIOLOGY

9822 Bolsa Ave Suite F
Westminster, CA 92683
Phone: (714) 775-7000
Fax: (714) 775-5200
www.tungnguyenmd.com

Patient Demographics (Spanish)

Patient Name: _____ DOB: _____ Date: _____
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento) (Fecha)

Male or Female (circle) SSN: _____ Drivers License: _____
(Masculino o femenino) (Número de seguro social) (Licencia de conducir)
(marcar con un círculo)

Primary Care Physician: _____ Referring Physician: _____
(Médico de atención primaria) (Médico derivador)

Address: _____
(Dirección) Street (Calle) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
(Teléfono del hogar) (Teléfono celular)

Marital Status Single: _____ Married: _____ Other: _____
(Estado civil) (Soltero/a) (Casado/a) (Otro)

Primary Insurance: _____ Type: _____
(Seguro principal) PPO, HMO, EPO, IPA (Grupo médico)

Group Number: _____ Policy Number: _____
(Número de grupo) (Número de póliza)

Deductible: _____ Phone Number: _____
(Deducible) (Número de teléfono)

Secondary Insurance: _____ Phone Number: _____
(Seguro secundario) (Número de teléfono)

Group Number: _____ Policy Number: _____
(Número de grupo) (Número de póliza)

Next of Kin (Name/Relation): _____ Phone: _____
(Pariente más cercano (Nombre/Relación)) (Teléfono)

Next of Kin Address: _____
(Dirección) Street City State Zip

Employer _____ Employer Phone: _____
(Empleador) (Teléfono del empleador)

Employer Address: _____
(Dirección) Street City State Zip

Signature: _____ Date: _____
(Firma) (Fecha)