



# South Lake Medical Research

**Julio Paez, MD**  
Medical Director  
**Julie Saranita, DO**  
Medical Director

Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Patient: \_\_\_\_\_  
(Paciente)                      First (Nombre)                      MI (Segundo Nombre)                      Last (Apellido)

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                      Social Security # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)                      (Numero de Seguro Social)

Street Address: \_\_\_\_\_                      Apt. Number \_\_\_\_\_  
(Dirección)                      (Número de Apartamento)

City \_\_\_\_\_                      State \_\_\_\_\_                      Zip Code \_\_\_\_\_  
(Ciudad)                      (Estado)                      (Código Postal)

Home Phone \_\_\_\_\_                      Work Phone \_\_\_\_\_                      Cell Phone \_\_\_\_\_  
(Teléfono de casa)                      (Teléfono del Trabajo)                      (Celular)

E-mail Address \_\_\_\_\_                      Gender:                      Male                      Female  
(Correo Electrónico)                      (Género)                      (Masculino)                      (Femenino)

Race:                      Caucasian                      African American                      Asian                      American Indian                      Pacific Islander  
(Raza)                      (Caucásio)                      (Afroamericano)                      (Asiático)                      (Indoamericano)                      (Islas del Pacífico)

Other (Otro): \_\_\_\_\_                      Hispanic (Hispano) : Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Emergency Contact \_\_\_\_\_                      Relationship to you \_\_\_\_\_  
(Contacto de Emergencia)                      (Relación con usted)

Home Phone \_\_\_\_\_                      Work Phone \_\_\_\_\_                      Cell Phone \_\_\_\_\_  
(Teléfono de casa)                      (Teléfono del Trabajo)                      (Celular)

Referring or Primary Physician \_\_\_\_\_                      Phone Number \_\_\_\_\_  
(Medico de Referencia o de Cabezera)                      (Numero de Teléfono)

Patient Signature (Firma) \_\_\_\_\_                      Date (Fecha) \_\_\_\_\_