

HILL'S DRUG STORE, INC.
705 W. KIRK PLACE
SAN ANTONIO, TX 78226
PH: 210.225.7283 FAX: 210.226.2637

PATIENT'S NAME: _____ **DATE OF BIRTH:** _____
(NOMBRE DE PACIENTE) (FECHA DE NACIMIENTO)

ADDRESS: _____
(DIRECCION)

CITY/STATE: _____ **ZIP:** _____
(CIUDAD/ESTADO) (CODIGO POSTAL)

HOME PHONE: _____ **ALT. PHONE:** _____
(NUMERO DE TELEFONO) (NUMERO ALTERNATIVA)

TX DL OR ID: _____ **SOCIAL SECURITY #:** _____
(NUMERO DE LICENCIA) (SEGURO SOCIAL)

ATTORNEY NAME: _____
(NOMBRE DE ABOGADO)

ATTY'S ADDRESS: _____ **ATTY'S NUMBER:** _____
(DIRECCION DE ABOGADO) (NUMERO DE ABOGADO)

DATE OF INJURY: _____ **TYPE OF INJURY:** _____
(DIA DE ACCIDENTE) (QUE CLASE DE ACCIDENTE FUE)

EMERGENCY CONTACT NAME: _____
(CONTACTO DE EMERGENCIA)

NUMBER: _____ **RELATION:** _____
(NUMERO) (RELACION A ESTA PERSONA)

ATTENTION: PERSONAL INJURY PATIENTS
(ATTENCION: PACIENTES CON ACCIDENTE PERSONAL)

As a courtesy to your referring attorney and you we are willing to await payment of medical treatment (that we provide) until your case is settled.
(Como una cortesía a su abogado que usted y nosotros estamos dispuestos a esperar el pago de los servicios médicos que ofrecemos hasta que su caso sea resuelto)

You MUST understand that a service is being provided (to you) and it is your responsibility to pay even if there is NO settlement, therefore; we ask for your signature recognizing that the final responsibility for payment is yours.
(Hay que entender que un servicio está siendo prestado a usted y es su responsabilidad de pagar, incluso si no hay acuerdo, por tanto, le pedimos su firma reconociendo que la responsabilidad final para el pago es suya.)

DATE
(FECHA)

PATIENT SIGNATURE
(FIRMA)