

PATIENT REGISTRATION FORM (FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE)

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN del PACIENTE):

Name (Nombre): _____
Last (Apellido) First (Primer nombre) M.I. (Inicial del segundo nombre)

Gender (Sexo): Female (Femenino) Male (Masculino) Transgender (Transexual)

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

Ethnicity (optional): (Grupo étnico {opcional}): Black/African American (De raza negra/Afroamericano) American Indian or Alaskan Native (Nativo Americano o Nativo de Alaska)
 Hispanic/Latino (Hispano/Latino) White/Caucasian (Blanco/Caucásico) Native Hawaiian or other Pacific Islander (Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico)
 Asian (Asiático)

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____ **Social Security Number: (Número de Seguridad Social)** _____ - _____ - _____

Address (Dirección): _____ **Occupation (Ocupación):** _____

 City (Ciudad) State (Estado) Zip code (Código Postal) **Currently employed?** Yes (Si) No (No)
Highest level of education (Nivel de educación más alto alcanzado): _____

Phone Numbers (Números de teléfono): _____
Home (Casa) Work (Trabajo) Cell (Celular)

Email Address (Dirección de correo electrónico): _____

Emergency Contact: (Persona de contacto en caso de emergencia): _____
Name (Nombre) Phone Number (Número de teléfono)

PARENT/GUARDIAN (if patient is a minor) or RESPONSIBLE PARTY (Padre/Tutor legal {si el paciente es menor de edad} o Parte responsable):

Name (Nombre): _____
Last (Apellido) First (Primer nombre) M.I. (Inicial del segundo nombre)

Gender (Sexo): Female (Femenino) Male (Masculino) Transgender (Transexual)

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

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____ **Social Security Number: (Número de Seguridad Social)** _____ - _____ - _____

Address (Dirección): _____

 City (Ciudad) State (Estado) Zip code (Código Postal)

Phone Numbers (Números de teléfono): _____
Home (Casa) Work (Trabajo) Cell (Celular)

INSURANCE OR OTHER 3rd PARTY INFORMATION (Información del seguro u otra información de un tercero):

Medicaid (Medicaid) # _____ **Primary Care Provider (Médico de atención primaria):** _____
 Self-Pay/No Insurance (Pago a cargo del paciente/Sin seguro) Yes (Si) No (No)
 Private Insurance (Seguro privado) # _____ **MD/NP Name: (Nombre del médico/enfermera calificada para ejercer la medicina)** _____

Name of Plan (Nombre del plan de seguro): _____ **Telephone #: (Número de teléfono)** _____

Group # (Número de grupo): _____ **Insurance Information: (Información del seguro)** _____

Subscriber # (Número del asegurado): _____

Social Security #: (Número de Seguridad Social) _____ - _____ - _____

Relationship to Subscriber (Relación con el asegurado): _____
 Self (Soy yo mismo) Spouse (Esposo/a) Child (Hijo/a) Other (Otro)

Please indicate how you heard about us (Por favor indique cómo se enteró de nosotros):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Friend or Family (word of mouth) (Por medio de un amigo o familiar) | <input type="checkbox"/> Newspaper/Ad (A través de un aviso en el periódico) |
| <input type="checkbox"/> Insurance Plan/Medicaid (Por medio del seguro médico/Medicaid) | <input type="checkbox"/> Television Ad (A través de un anuncio televisivo) |
| <input type="checkbox"/> Private Referral from Dentist (A través de mi dentista) | <input type="checkbox"/> Internet (Por internet) |
| <input type="checkbox"/> Screening/Health Fair (En una feria de servicios de salud) | <input type="checkbox"/> Other (Otro) |