

PATIENT REGISTRATION FORM FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Date/Fecha:		Reason for Visit/Razón de la vista:					
LAST NAME APELLIDO			FIRST NAME PRIMER NOMBRE			MIDDLE NAME SEGUNDO NOMBRE	
SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL		SEX/SEXO <input type="checkbox"/> Male/M <input type="checkbox"/> Female/F		IDENTIFY MYSELF AS/ME IDENTIFICO COMO: <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____		BIRTH DATE (mm/dd/yyyy) FECHA DE NACIMIENTO (mm/de/aaaa)	
MAILING ADDRESS DIRECCIÓN POSTAL			CITY CIUDAD			STATE ESTADO	
HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR		E-MAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO	
MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL M S D W <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		INTERPRETER NEEDED? ¿NECESITA INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No/No		PREFERRED LANGUAGE IDIOMA PREFERIDO		RACE/RAZA Black White Asian Other <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra	
RELIGION RELIGIÓN		COMMUNICATION PREFERENCE/PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN Mail Phone Email Patient Portal <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> Correo elec. <input type="checkbox"/> Portal del paciente				ETHNICITY/ETNICIDAD Hispanic Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No hispánico	
EMPLOYER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR							
PATIENT'S EMPLOYER EMPLEADOR DEL PACIENTE			OCCUPATION PUESTO DE TRABAJO			WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	
BUSINESS ADDRESS DIRECCIÓN DEL NEGOCIO			CITY CIUDAD			STATE ESTADO	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION/INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA							
NAME NOMBRE		RELATIONSHIP PARENTESCO		HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO	
GUARANTOR INFORMATION (IF PATIENT IS UNDER 18 YEARS OLD) INFORMACIÓN DEL FIADOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)							
GUARANTOR'S NAME NOMBRE DEL FIADOR				RELATIONSHIP PARENTESCO		SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) DIRECCIÓN (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)					DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SEX SEXO
EMPLOYER EMPLEADOR			HOME PHONE TELÉFONO DEL HOGAR		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		MOBILE PHONE CELULAR
EMPLOYER'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CÓDIGO POSTAL	NAME OF ADULT PRESENTING MINOR FOR TREATMENT NOMBRE DEL ADULTO QUE PRESENTA EL MENOR PARA EL TRATAMIENTO		RELATIONSHIP PARENTESCO
INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO							
INSURANCE COMPANY (PAYOR) COMPAÑÍA DE SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
SECONDARY INSURANCE (PAYOR) SEGUNDO SEGURO (PAGADOR)		SUBSCRIBER NAME NOMBRE DEL SUSCRITOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	SOCIAL SECURITY # N.º DE SEGURO SOCIAL	SUBSCRIBER ID IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRITOR	GROUP ID IDENTIFICACIÓN DE GRUPO	PATIENT RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL SUSCRITOR
INJURY/ACCIDENT INFORMATION (IF APPLICABLE)/INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN/ACCIDENTE (SI ES PERTINENTE)							
<input type="checkbox"/> Auto/MVC/Auto/Colisión automovilística <input type="checkbox"/> Worker's Comp/Compensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Other Accident/Otro accidente:							
DATE FECHA		TIME HORA		PLACE LUGAR		NATURE TIPO	
Who may we thank for referring you to our office? ¿A quién podemos agradecer por remitirle a nuestra oficina?							
How did you hear about our office? ¿Cómo se enteró sobre nuestra oficina?							
PLEASE GIVE THE RECEPTIONIST YOUR INSURANCE CARD(S) AND DRIVER'S LICENSE. SÍRVASE DARLE A LA RECEPCIONISTA SU TARJETA(S) DE SEGURO Y SU LICENCIA DE CONDUCIR							