

**PATIENT REGISTRATION**

Dr.  Srta.  Sra.  Sr.

Nombre (apellido) \_\_\_\_\_ (primer) \_\_\_\_\_ (MI) Nombre Anterior \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Doctor Primario \_\_\_\_\_ Referrido Proveedor \_\_\_\_\_

Electrónico Correo \_\_\_\_\_ :

Fecha De Nacimiento MM \_\_\_\_ DD \_\_\_\_ YYYY \_\_\_\_\_ Sexo  femenino  hombre

Raza:  Indio  Asiático  Hawaiano o Isleño Pacífico  Africano Americano  Americano  Disminuido

Etnicidad:  Hispano  No Hispano  Disminuido Numero De Pharmacia: \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  Indio  Japonés  Coreano  Francés  Alemán  Ruso  Otro

Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Legalmente Separado

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Tienes un testament vida:  Si  No

Relación de contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  Guardián

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

Persona Responsable:  Otro Paciente  Garante  Ser

Nombre de persona Responsable: (Apellido) \_\_\_\_\_ (primer) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: MM \_\_\_\_ DD \_\_\_\_ YYYY \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Electrónico Correo: \_\_\_\_\_  Femenino  Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Empleador: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE MEDICO PRIMARIO**

Compania: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

ID (Numero de Poliza): \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE MEDICO SECONDARIO**

Compania: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

ID (numero de poliza): \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

I agree that the information supplied on this form is accurate and up-to-date to the best of my knowledge.

Patient (or Responsible Party) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_