



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): Black/African American (De raza negra/Afroamericano) American Indian or Alaskan Native (Nativo Americano o Nativo de Alaska)
(Grupo étnico {opcional}): 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): _____
Currently employed? Yes (Si) No (No)
City (Ciudad) State (Estado) Zip code (Código Postal) 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):

Self-Pay/No Insurance (Pago a cargo del paciente/Sin seguro)
 Private Insurance (Seguro privado) # _____

Name of Plan (Nombre del plan de seguro): _____

Group # (Número de grupo): _____

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)

Primary Care Provider (Médico de atención primaria):
 Yes (Si) No (No)

MD/NP Name: _____
(Nombre del médico/enfermera cali cada para ejercer la medicina)

Telephone #: _____
(Número de teléfono)

Insurance Information: _____
(Información del seguro)

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

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