

PATIENT REGISTRATION FORM-INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE

Last Name-Apellido: _____ Telephone #-Numero de Teléfono: _____

First Name-Nombre: _____ Work Phone- Teléfono de Trabajo: _____

Mailing Address- Dirección de Correo: _____

Physical Address- Dirección Física: _____

City-Ciudad: _____ State-Estado: _____ Zip Code- Código Postal _____

Date of Birth-Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Social Security #-Numero de Seguro Social: _____

Sex-Sexo (M/F): _____ Marital Status-Estado Civil: Single-Soltera/o Married-Casada/o Other-Otro

Ethnicity-Origen Étnico: Hispanic- Hispano Non-Hispanic- No Hispano

Race- Raza: Asian- Asiático African American - Afroamericano Pacific Islander - Isleño del Pacifico
 Native American – Nativo Americano White/Caucasian - Blanco/Caucásico
 Unknown - Raza Desconocido Multiple Races - Razas Múltiples

Veteran-Veterano: Yes-Si No Interpretation Services-Servicios de Interpretación

Employed-Empleado Unemployed-Desempleado

Employer Address/Dirección de Empleador: _____

Infant- Child-Bebe/Nino Student – Estudiante Retired-Retirado Disabled - Deshabilitado

HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION-INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE DE DOMICILIO

Responsible Party-Persona Responsable: _____ Relationship-Relacion: _____

Address- Dirección: _____ Phone#-Telefono: _____

Physical Adress- Dirección Física: _____

City-Ciudad _____ State-Estado _____ Zip Code-CodigoPostal _____

EMERGENCY CONTACT-EN CASO DE EMERGENCIA

Name-Nombre: _____ Relation-Relacion: _____ Phone #-Telefono# _____

INSURANCE INFORMATION-INFORMACION DE ASEGURANZA

Name of Insurance-Compania de Aseguranza: _____

Policy #-Numero de Grupo _____

Policy Holder-Nombre del Supsciptor: _____

Soc.Sec. #-Numero de Seguro Social _____ Relationship- Relación: _____

Date of Birth-Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sex-Sexo: M F

Policy Holder Address - Dirección del Supsciptor: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip Code-Codigo Postal _____

Policy Holder Phone-Supsciptor Numero de Teléfono: _____

Empleado Por: _____ Telephone-Numero de Teléfono _____

Plan Rx Medicare-Numero de Plan Rx _____

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT AND I MUST REPORT IMMEDIATELY ANY CHANGES IN MY INSURANCE STATUS OR INCOME. I HEREBY GIVE AUTHORIZATION TO RELEASE ANY INFORMATION FOR AUDITING PURPOSES AND TO DETERMINE ELIGIBILITY. IF ANY INFORMATION IS FALSIFIED, I WILL BE RESPONSIBLE FOR PAYMENT OF SERVICES PROVIDED.

YO CERTIFICO QUE ESTA INFORMACION ARIBA ES CORRECTA Y DEBO REPORTAR CAMBIOS IMEDIATAMENTE SOBRE MIS INGRESOS Y/O ASEGURANZA. YO DOY PERMISO PARA CUALQUIER INFORMACION NECESARIA PARA REVISAR OBJETIVOS Y DETERMINAR ELIGIBILIDAD. SI ALGUNA INFORMACION ES FALSA, YO SERE RESPONSABLE PARA OBTENER EL PAGO DE LOS SERVICIOS PROVEEDOS.

Patient Signature-Firma del Paciente

Date-Fecha

Staff initials-
Iniciales del
Personal

Date-Fecha

FINANCIAL INFORMATION

DATE				
TOTAL INCOME				
# OF DEPENDENTS				
EXPIRATION DATE				
STAFF INITIALS				
PATIENT SIGNATURE*				