

Date _____
Fecha _____

Patient Registration Registración del Paciente

FOR INTERNAL USE ONLY

PATIENT NUMBER _____

Patient Information - Información del Paciente

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre Segundo Nombre

Last Name _____
Apellido

Sex _____ Date of Birth _____ / _____ / _____
Sexo Fecha de Nacimiento

Marital Status Married Single Divorced Widowed
Estado Civil Casada Soltera Divorciada Viuda

Race/Ethnicity _____
Raza/Etnia

(Check One) Employed Retired Full-Time Student
Marque Uno Empleada Retirada Estudiante Tiempo Completo

Other _____
Otro

Employer _____
Empleador

Work Phone (_____) _____
Telefono de Trabajo

Home Address _____
Direccion del Hogar

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Email Address _____

Home Phone (_____) _____ Cell Phone (_____) _____
Telefono del Hogar Telefono Celular

I was referred to: _____ by / por

Fui recomendado por

Friend _____ Relative _____
Amigo Familiar

Physician _____ Insurance _____
Médico Seguro

Reputation of the LLC's Physicians
Reputación de los Médicos del LLC

Existing Patient of the LLC
Paciente Existente de la LLC

Other _____
Otro

Insurance Information - Información del Seguro

Please provide your insurance card to the receptionist - Por favor entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista

Commercial Medicaid Medicare Worker's Compensation Other _____

Insurance company _____
Compañía de Seguro

Insured / Card Holder's Name _____ Relationship _____
Nombre del Asegurado Relación

Policy # _____ Group # _____ Phone (_____) _____
Numero de Poliza Numero de Grupo Telefono

Secondary Insurance Information - Información del Seguro Secundario

Commercial Medicaid Medicare Worker's Compensation Other _____

Insurance company _____
Compañía de Seguro

Insured / Card Holder's Name _____ Relationship _____
Nombre del Asegurado Relación

Policy # _____ Group # _____ Phone (_____) _____
Numero de Poliza Numero de Grupo Telefono

Emergency Contact - En Emergencias, contactar a:

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre Segundo Nombre

Last Name _____
Apellido

Sex _____
Sexo

Home Phone (_____) _____
Telefono del Hogar

Work Phone (_____) _____
Telefono del Trabajo

Pharmacy - Farmacia

Pharmacy _____
Farmacia

Pharmacy Phone _____
Numero de telefono de la farmacia

Pharmacy Address _____
Direccion de la farmacia

Spouse / Guarantor / Responsible Party - Esposo / Persona Responsable

Social Security # _____
Numero de Seguro Social

Relationship _____
Relación

First Name _____ Middle _____
Primer Nombre Segundo Nombre

Last Name _____
Apellido

Address _____
Direccion

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Sex _____ Date of Birth _____ / _____ / _____
Sexo Fecha de Nacimiento

Daytime Phone (_____) _____
Teléfono durante el día

Employer _____
Empleo

Address _____
Direccion

City _____ State _____ Zip _____
Ciudad Estado Codigo Postal