

## 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):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 City (Ciudad) State (Estado) Zip code (Código Postal) **Currently employed?**  Yes (Si)  No (No)  
**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):

Medicaid (Medicaid) # \_\_\_\_\_ **Primary Care Provider (Médico de atención primaria):** \_\_\_\_\_  
 Self-Pay/No Insurance (Pago a cargo del paciente/Sin seguro)  Yes (Si)  No (No)  
 Private Insurance (Seguro privado) # \_\_\_\_\_ **MD/NP Name:** \_\_\_\_\_  
**(Nombre del médico/enfermera calificada para ejercer la medicina)**

**Name of Plan (Nombre del plan de seguro):** \_\_\_\_\_ **Telephone #:** \_\_\_\_\_  
**(Número de teléfono)**

**Group # (Número de grupo):** \_\_\_\_\_ **Insurance Information:** \_\_\_\_\_  
**(Información del seguro)**

**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)

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

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