

Patient Registration
Registracion del Paciente

Date: _____

Patient Information/*Informacion del Paciente:*

Social Security#: _____
Numero de Seguro Social

First Name: _____
Primer Nombre

Last Name: _____
Apellido

Date of Birth: ____/____/____
Fecha de nacimiento

Race/Ethnicity: _____
Nacionalidad

Marital Status: _____
Estado Civil

Employer: _____
Empleador

Email Address/*Direccion Electronica*

Home Address/ *Direccion De Hogar:*

City: _____ State: _____ Zip: _____
Cuidad Estado Codigo Postal

Home Phone: (____) _____
Telefono del Hogar

Cellular Phone: (____) _____
Telefono de Celular

Work Phone: (____) _____
Telefono del Trabajo

Allergies to Meds/ Allergias a Medicinas:

Pharmacy Name & Phone / Farmacia:

Referred By/ Referido Por:

PLEASE PROVIDE YOUR INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST- POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA.

Insurance Information / *Informacion de Seguro:*
____ Commercial ____ Medicare ____ Other _____

Insurance Company: _____
Compania de Seguro

Insured/Card Holder's Name: _____
Nombre del Asegurado

Relationship: _____
Relacion

Policy#: _____
Numero de Poliza

Insurance Phone #: (____) _____

Group#: _____

Primary Insurance Holder / *Primario de Seguro:*

Social Security#: _____
Numero de Seguro Social

Date of Birth: ____/____/____
Fecha de Nacimiento

Relationship: _____
Relacion

Daytime Phone: (____) _____
Telefono durante el dia

First Name: _____
Primer Nombre

Employer: _____
Empleo

Last Name: _____
Apellido

Address: _____
Direccion
City: _____ State: _____ Zip: _____

Emergency Contact / *Contact de Emergencias,*

First Name: _____
Primer Nombre

Home Phone: (____) _____
Telefono del Hogar

Last Name: _____
Apellido

Work Phone: (____) _____
Telefono del Trabajo

Relationship to patient: _____
Relacion al paciente

Cellular Phone: (____) _____
Telefono de celular