



PATIENT REGISTRATION/ REGISTRO DE PACIENTE

Today's Date / Fecha: _____

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha De Nacimiento: _____ **Sex / Sexo:** _____

Address / Dirección: _____

Phone number / Número de teléfono: _____

Social Security #/ Número Social: _____

Primary Language / Lenguaje Primario: _____

E-mail Address / Correo electrónico: _____

Emergency Contact / Contacto de Emergencia: _____

Relationship / Relación: _____

Emergency Phone _____

Teléfono de Contacto de Emergencia: _____

Race/Raza: _____ **Ethnicity/ Etnicidad:** _____

Employer/ Empleador: _____

Occupation/ Ocupación: _____

MEDICAL INFORMATION / INFORMACION MEDICA

Primary Care Doctor/ Doctor Primario: _____

Phone Number/ Número de teléfono: _____

Address / Dirección: _____

Pharmacy / Farmacia: _____

INSURANCE INFORMATION/ INFORMACION DE SEGURO

Primary Insurance / Seguro Primario: _____

Policy Holder /titular de la póliza: _____

Group number/ Numero de Grupo: _____

Policy # / # De póliza: _____

Secondary Insurance / Seguro Secundario: _____

Policy Holder / Titular de la póliza: _____

Group #/ # De Grupo: _____

Policy #/ # De póliza: _____

AUTHORIZATION AND RELEASE/ AUTORIZACION Y LIBERACION:

Patient, Parent or tutor Signature / Firma del Paciente, padre o tutor

Date / Fecha