

# PATIENT REGISTRATION FORM

TODAY'S DATE \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY: ACCOUNT # \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_ NEW \_\_\_\_\_ UPDATE \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION

NAME: Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ HOME PHONE \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_  
ADDRESS \_\_\_\_\_ WORK PHONE \_\_\_\_\_  
CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_ PRIMARY CARE PHYSICIAN \_\_\_\_\_  
BIRTHDATE \_\_\_\_\_ SEX: M F HEIGHT \_\_\_\_\_ WEIGHT \_\_\_\_\_ REFERRING PHYSICIAN NAME \_\_\_\_\_  
MARITAL STATUS: SINGLE MARRIED EMPLOYER \_\_\_\_\_

## INFORMATION ON PERSON RESPONSIBLE FOR CHARGES NOT PAID BY INSURANCE (GUARANTOR)

NAME: Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ RELATION TO PATIENT \_\_\_\_\_  
ADDRESS \_\_\_\_\_ GUARANTOR HOME PHONE \_\_\_\_\_  
CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ GUARANTOR WORK PHONE \_\_\_\_\_  
SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_ EMPLOYER NAME \_\_\_\_\_  
BIRTHDATE \_\_\_\_\_ SEX: M F EMPLOYER PHONE \_\_\_\_\_

IS THE PATIENT COVERED BY MEDICAL INSURANCE? YES NO

NAME OF INSURANCE \_\_\_\_\_

POLICY HOLDERS NAME \_\_\_\_\_

BIRTHDATE \_\_\_\_\_ INSURANCE ID # \_\_\_\_\_ GROUP # \_\_\_\_\_

MEDICARE SUPPLEMENTAL / SECONDARY INSURANCE \_\_\_\_\_

IS THIS AN AUTO ACCIDENT? YES NO DATE OF INJURY \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IS THIS INJURY JOB-RELATED? YES NO DATE OF INJURY \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DO YOU HAVE AN ATTORNEY? YES NO ATTORNEY'S NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ PHONE # \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT: NAME \_\_\_\_\_ PHONE # \_\_\_\_\_

RELATION \_\_\_\_\_

The above information is true to the best of my knowledge. I understand I am responsible for charges associated with medical services and agree to pay all bills within 30 days from the receipt of statement, unless other arrangements are made. I authorize the physician and clinic to release any information to process insurance claims. I also authorize my insurance to be paid directly to the clinic.

PATIENT SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

GUARANTOR SIGNATURE (PARENT) \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# PATIENT REGISTRATION FORM

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY: ACCOUNT # \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_ NEW \_\_\_\_\_ UPDATE \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ TEL. CASA \_\_\_\_\_ CELLULAR \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ DR. DE CABEZERA \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: M F \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ DR. QUE REFIERE \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DE CARGOS NO PAGADO POR EL SEGURO MEDICO. (FIADOR/PADRE)

NOMBRE: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ I. \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TEL. DE CASA \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ TEL. DEL TRABAJO \_\_\_\_\_  
# DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: M F \_\_\_\_\_

EL PACIENTE TIENE COBERTURA MEDICA SI NO

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ # DE ID \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO DE MEDICARE \_\_\_\_\_

FUE ACCIDENTE DE TRABAJO SI NO FECHA DE ACCIDENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FUE ACCIDENTE DE AUTO SI NO FECHA DE ACCIDENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TIENE ABOGADO SI NO NOMBRE DEL ABOGADO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ # DE TEL. \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE \_\_\_\_\_ # DE TEL. \_\_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_

La información aquí escrita es verdadera a mi mejor conocimiento. Entiendo que soy responsable por cargos asociados con los servicios médicos y me comprometo a pagar todos los gastos en 30 días despues de recibir la factura al menos que se hagan otro tipo de arreglos de pago. Autorizo al médico y a la clínica a divulgar cualquier información para procesar las reclamaciones a mi seguro medico. También autorizo a mi seguro médico a pagar directamente a esta clínica.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA DEL FIADOR (PADRE) \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_