



# Patient Registration Form

Is today's visit work related?  
If yes, do not complete this form. Please see the front desk staff for instructions.

Was this the result of a motor vehicle accident?  Yes  No How did you hear about us? \_\_\_\_\_

What's the reason for your visit today? \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_  Male  Female  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
Mailing Address: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Home Ph#: \_\_\_\_\_ Cell Ph#: \_\_\_\_\_  
\*Confidential Phone: \_\_\_\_\_  
Home Email: \_\_\_\_\_  
\*Confidential Email: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician (PCP): \_\_\_\_\_  
PCP Address: \_\_\_\_\_  
PCP Ph#: \_\_\_\_\_  
Preferred Pharmacy: \_\_\_\_\_  
Pharmacy Ph#: \_\_\_\_\_  
Sexual Orientation: \_\_\_\_\_  
Gender ID: \_\_\_\_\_

*\*For more information on the confidential phone and email, please see the attached consent form.*

## EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name: \_\_\_\_\_  
Relationship: \_\_\_\_\_  
Home Ph#: \_\_\_\_\_  
Cell Ph#: \_\_\_\_\_

Based on government regulations, we are required to ask the following:  
What is your preferred language: \_\_\_\_\_  
Race: \_\_\_\_\_  I prefer not to answer  
Ethnicity: \_\_\_\_\_  I prefer not to answer  
Best Form of Contact:  Cell  Home  Email  Mail  
Best Time to Call: \_\_\_\_\_ May we leave a message?  Yes  No

## INSURANCE INFORMATION

Primary Ins: \_\_\_\_\_ Ins #: \_\_\_\_\_  
Name of Insured: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient:  Self  Spouse  Parent  Other

Secondary Ins: \_\_\_\_\_ Ins #: \_\_\_\_\_  
Name of Insured: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Relationship to Patient:  Self  Spouse  Parent  Other

## FINANCIAL RESPONSIBILITY/ASSIGNMENT OF BENEFITS Check if same as patient information. If not, please complete the entire section.

Name: \_\_\_\_\_  Male  Female  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_  
Phone #: \_\_\_\_\_

I acknowledge full financial responsibility for any services rendered and I understand that the payment of charges incurred in this office are due at the time of service. I also understand that the charges not covered by insurance remain my responsibility and assign insurance benefits to this office. In the event my account is turned over to a collection agency, I agree to pay all costs of collection fees and/or attorney's fees and all court costs if any. I agree to be contacted at any telephone number or email address associated with my account. This includes cellular telephone numbers or other wireless devices. I understand this could result in a charge from my phone or device carrier to me for talk time, SMS messaging/texts or data usage for emails or voice mails. I also understand methods of contact may include pre-recorded /artificial voice messages and/or the use of automatic dialing devices as applicable.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## CONSENT FOR TREATMENT

I, the undersigned, consent to the care and treatment by the attending Physician, his/her associates or assistants and acknowledge that no guarantees have been made as to the effect of such treatment.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have reviewed the Notice of Privacy Practices as provided at registration and understand that I may request a copy of the policy at any time.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Formulario de Registro del Paciente

¿La visita de hoy está relacionada con su trabajo?

Si la respuesta es Sí: **NO COMPLETE** este formulario. Por favor hable con el personal de recepción para que le den instrucciones a seguir.

¿La visita de hoy es por un accidente de tránsito?  Sí  No

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL/LA PACIENTE

Nombre:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: #Seg.Soc

Dirección: #de Apto:

Ciudad: Estado: Postal:

#Tel. Casa: #Tel. Celular:

\*Teléfono Confidencial:

Email Personal:

\*Email Confidencial:

*\*Para más información sobre el teléfono y el email confidencial, por favor lea el formulario de consentimiento adjunto.*

Médico de Cabecera (MC):

Dirección del MC:

Teléfono del MC:

Farmacia Preferida:

Teléfono de la Farmacia:

Mejor manera de contactarlo:  Celular  Casa  Email  Correo

Mejor hora para llamar: ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

Según normas gubernamentales, estamos obligados a preguntarle lo siguiente:

¿Qué idioma prefiere usar? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:

Relación:

#Tel. Casa:

#Tel. Celular:

### Raza

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacifico
- Caucásico
- Prefiero no responder

### Etnicidad

- Hispano o Latino
- No-Hispano o No-Latino
- Prefiero no responder

## INFORMACION DEL SEGURO:

Seguro Primario: Plan:

Nombre del/la asegurado(a):

Fecha de Nacimiento:

Relación con el/la paciente:  Paciente  Cónyuge  Padre/Madre  Otro

Seguro Secundario

Plan:

Nombre del/la asegurado(a):

Fecha de Nacimiento:

Relación con el/la paciente:  Paciente  Cónyuge  Padre/Madre  Otro

## RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Marque aquí si es la misma información que para el/la paciente. Si no, por favor complete toda esta sección.

Nombre:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: #SS:

Relación:

#de Teléfono: \_\_\_\_\_

Acepto toda responsabilidad financiera por cualquier servicio prestado y entiendo que el pago de los cargos incurridos en esta oficina deben pagarse al momento del servicio. También entiendo que los cargos que no estén cubiertos por el seguro siguen siendo mi responsabilidad y le asigno los beneficios del seguro a esta oficina. En caso de que mi cuenta sea trasladada a una agencia de cobros, acepto pagar todos los costos del cobro y/o costos de abogados y todos los costos judiciales, si los hubiese. Le doy permiso tu usted, sus empleados y/o agentes para que me contacten a cualquier número de teléfono o dirección de email asociados con mi cuenta. Esto incluye números de teléfono celular u otros dispositivos inalámbricos. Entiendo que esto podría resultar en cargos por parte de la compañía que me presta el servicio de celular o de dispositivo inalámbrico por tiempo de conversación, mensajes/textos SMS o uso de datos por emails o mensajes de voz. También entiendo que los métodos de contacto pueden incluir mensajes pre-grabados o con voz artificial y/o el uso de dispositivos de marcado automático según sea necesario.

Firma

Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el/la abajo firmante, acepto el cuidado y tratamiento del médico responsable, sus asociados o asistentes y reconozco que no se me han ofrecido garantías sobre el efecto de dicho tratamiento.

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (MIRAR DOCUMENTO ADJUNTO)

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad proveído durante mi registro y entiendo que puedo pedir un copia de las normas en cualquier momento.

Firma

Firma

Fecha