

Formulario de Registro para el Paciente (Patient Registration Form)

¿Éste es un niño de hogar de acogida? (Is this a foster child?)

Sí (Yes) No (No) También conocido como_ (Also known as)

Información Demográfica del Paciente / Patient Demographics

	Apellido(Last Name)		Nombre_ (First Nan	ne)	2do (Mic	Nombre Idle Name)	Fecha de Nacimi (Date of Birth)	ento		
	# Seguro Social (SSN)			M F r)			No Hispano/No (Not Hisp/L		Prefiero no (Dec	responder line)
	Indio-Americano o Na (Am. Indian or Alask		Asiático (Asian)		Afro-Americar African-Am.)		no o de las Islas Pa an or other Pacific			
	Dirección (Address)									
	Ciudad (City)				stado State)		Código (Zip Co			
	Teléfono en Casa (Home Ph.)				Pedia (PCP					
CONT. (ADDI	ACTO ADICIONAL (TIONAL CONTACT (ot	además de los j her than parent)	padres) N	lombre: lame:)						
	Teléfono en Casa (Home Phone)				Teléfo (Work	ono del Traba k Phone)	jo			
	Relación al paciente_ (Relationship)				Teléfo (Cell	ono Celular Phone)				
MADR	<u>E/GUARDIÁN (</u> Mot	her/Guardian)					<u>ÁN (</u> Father/Guai			
Nombr (Name	re		_Tel-Casa (Home Pho	one)	Nomb (Nam		-		_Tel-Casa_ (Home Ph	ione)
•	,				`	,				
(Addre	ión ess)		(Work Pho		(Addr				_Tel-Trabaj (Work Ph	
Ciudad	iE	stado	Código Po	nstal	Ciuda	ıd	Estado_		Código Po	nstal
(City)	<u>,</u> (State)	(Zip Code	e)	(City)	.u	(State)		Zip Code) ;)
Fecha	Nacimiento	Tel-Celular			Fecha	Nacimiento_		Tel-Celula	ar	
	of Birth)	(Cell Phone)		(Date	of Birth)		(Cell Pho	ne)	
	uro Social									
(SSN)					(SSN))				
	Electrónico									
(Email)				(Ema	11)				
	re del Empleador e of Empoyer)				Nomb	re del Emplea e of Employer	dor			
•	. , ,				•	. ,	•			
INFO	RMACIÓN DE LA PA									
	Nombre (Name)						Relación al Pacier (Relationship to F			
								,		
	Dirección (Address)									
	Ciudad					Estado		Código I	Postal	
	(City)					(State)		(Zip Co		
	Tel. de Casa					Tel del Tr	abajo			
	(Home Phone)					(Work Ph				
	# Seguro Social		Fecha	de Nacimie	ento		Correo Electrónic	0		
	(SSN)			of Birth)			(Email)	<u> </u>		
	Empleador del Garar	nto								
	(Guarantor's Employ									
	Direcci	ón								
	(Addre	ss)								
	Ciudad	I			Estad	0	Código Postal			
	(City)				(Stat		(Zip Code)			



Formulario de Registro para el Paciente (Patient Registration Form) (p2)

SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Secondary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Alombre del Seguro Insurance Name) Suscriptor Subscriber) Subscriber) Subscriber) Relación al paciente (Relationship) Relación al paciente (Subscriber ID) Redel Grupo (Group Number) Dirección (Address) (City/State/zip) City/State/zip) City/State/zip) City/State/zip) Teléfono de la Casa (Home Phone) Relación al paciente (Home Phone) Relación al galación (Rode Seguro Social del Suscriptor (Subscriber SSN) Subscriber SSN) Subscriber SSN) Secha de Nacimiento (Date of Birth) Pecha de Nacimiento (Date of Birth) Petentent/Member ID) Relación al paciente (Patient/Member ID) Relación al paciente (Patient/Member ID) Relación al paciente (Favor circular una) - madre padre abuelo padrastro guardián legal otro	Office staff/system update completed by		Date	PT ID #
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) (Subscriber) (Subscriber) (Subscriber) (Subscriber) (Subscriber) (Relación al paciente (Relationship) (Relación al paciente (Relationship) (Subscriber ID) # del D del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) (Cidad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) Teléfono de la Casa (Home Phone) Telefono del Trabajo # de Seguro O(Insurance Name) # de Seguro MéDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) (Subscriber) # del D del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) Teléfono de la Casa (Home Phone) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriber SSN) Fecha de Nacimiento (Date of Birth) # de ID del Miembro/Paciente (Patient/Member ID) Yo verifico que la información anterior es correcta (I verify the above information is accurate)	elación al paciente (Favor circular una) – Relationship to patient (Please circle one)-	•		
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) Teléfono del a Casa (Home Phone) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriptor (Subscriber) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriber) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriber) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriber SSN) Fecha de Nacimiento (Date of Birth) # de ID del Miembro/Paciente (Patient/Member ID) # Del Miembro/Paciente (Patient/Member ID)	Firma (Signature)		Fecha (Date)	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) (Nombre del Seguro	Yo verifico que la información anterior es correct	ta (I verify the above info	ormation is accurate)	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro Insurance Name) Suscriptor Subscriber) Relación al paciente Relación al paciente Relación al paciente Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor Subscriber ID) # del Grupo Group Number) Sirección Address) Ciudad/Estado/Código Postal Citry/State/Zip) Feléfono de la Casa Home Phone) Telefono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor Subscriber SSN) Fecha de Nacimiento Date of Birth) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) # del Grupo (Group Number) Ciudad/Estado/Código Postal Citry/State/Zip) Telefono de la Casa (Home Phone) Telefono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor Subscriber SSN) Fecha de Nacimiento Date of Birth)				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro Insurance Name) Suscriptor Subscriber Subscriber) Relación al paciente Relación al paciente Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor Subscriber ID) # del Grupo Group Number) Sinceción Address) Ciudad/Estado/Código Postal City/State/Zip) Teléfono de la Casa Home Phone) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor Subscriber SSN) Fecha de Nacimiento Fecha de Nacimiento Fecha de Nacimiento	# de ID del Miembro/Paciente		# ID del Miembro/Pacier	nte
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro Insurance Name) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor Subscriber) Relación al paciente Relationship) # de ID del Suscritor Subscriber ID) # del Grupo Group Number) Sinceción (Address) Ciudad/Estado/Código Postal City/State/Zip) Feléfono de la Casa Home Phone) Feléfono del Trabajo Feles Seguro Social del Suscriptor Subscriber SSN) Seguro MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Nombre del Seguro (Insurance Name) Subscriber (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) Teléfono de la Casa (Home Phone) Teléfono del Trabajo # de Seguro Social del Suscriptor (Subscriber SSN)				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro	•			
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) Feléfono de la Casa (Home Phone) Feléfono del Trabajo Teléfono del Trabajo	# de Seguro Social del Suscriptor		# de Seguro Social del S	Suscriptor
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) (Suscriptor (Subscriptor) (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) (Relationship) (Relationship) (Subscriber ID) (Subscriber ID) (Group Number) (Group Number) (Group Number) (Group Number) (City/State/Zip) (City/State/Zip) (Teléfono de la Casa Teléfono de la Casa	Feléfono del Trabajo		Teléfono del Trabajo	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal (City/State/Zip)	(Home Phone)		(Home Phone)	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Secondary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Suscriptor Suscriptor) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Suscriptor (Suscriptor (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address) Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono de la Casa		Teléfono de la Casa	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) (Forección (Address) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo (Group Number) Dirección (Address)				ostal
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro Insurance Name) Suscriptor Subscriptor Subscriber) Relación al paciente Relación al paciente Relationship) # de ID del Suscritor Subscriber ID) # del Grupo Group Number) Dirección Dirección	·		,	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo # del Grupo SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Insurance Name) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor (Subscriber ID) # del Grupo # del Grupo				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) (Insurance Name) (Insurance Name) (Subscriptor				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor # de ID del Suscritor # de ID del Suscritor SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) # de ID del Suscritor	# del Grupo		# del Grupo	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente (Relationship) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) (Subscriber) Relación al paciente (Relationship)				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Relación al paciente	# de ID del Suscritor		# de ID del Suscritor	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber) Suscriptor (Subscriber) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) (Secondary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance) Secondary Insurance) Suscriptor (Insurance Name) Suscriptor (Subscriber)	(Relationship)			
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro	Relación al paciente		Relación al paciente	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying) Nombre del Seguro Nombre del Seguro	Suscrintor		Suscriptor	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) (Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying)			Nombre del Seguro (Insurance Name)	
SEGURO MÉDICO PRIMARIO (Primary Insurance) SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Secondary Insurance)				
SEGURO MÉDICO PRIMARIO SEGURO MÉDICO SECUNDARIO				e)
	SEGURO MÉDICO PRIMARIO		SEGURO MÉDICO SEC	UNDARIO
				-
(Date of Dirtif) (Sex) (SSN)	<u> </u>		-	
(ITHER FAMILY MEMBERS) (1) SEC OF BIRTH) (SEC)	(Other Family Members)	(Date of Birth)	(Sex)	(SSN)