

# PATIENT REGISTRATION FORM

## Formulario de Registración del Paciente

### PATIENT INFORMATION/ Información del paciente

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Social Security Number/Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Mailing Address/Dirección de Postal: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip Cod/Código Postal: \_\_\_\_\_ County/País: \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_

Email/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Primary Language/Idioma Primario: \_\_\_\_\_ School Name/Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Race/Raza (Circle one): American Indian or Alaska Native/Indio Americano o Nativo de Alaska White/Blanco

Asian/Asiático

Pacific Islander/Isleño Pacifico

Black/Negro

Other/Otro

Ethnicity/Etnicidad (Circle One): Hispanic/Hispano Non-Hispanic/No-Hispano:

### RESPONSIBLE PARTY INFORMATION/Información de la parte responsable

*Complete this section if the Responsible Party is NOT the patient/Complete esta sección si la parte responsable NO es el paciente:*

Relationship to Patient/Relación con el Paciente (Circle One):

Self/Uno mismo

Parent/Padre o Madre

Legal Guardian/Guardian Legal

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Social Security Number/Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Mailing Address/Dirección de Postal: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal: \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Work Phone/Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_

### INSURANCE INFORMATION/Información de Aseguración

Plan Name/Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Policy Effective Date/Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Insurance Address: Dirección de Aseguración: \_\_\_\_\_

ID Number/Número de Identificación \_\_\_\_\_ Group Number/Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Policy Holder/Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Social Security Number/Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Date of Birth: Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_