

Patient Registration

Name: (Last): _____ (First): _____ (Middle): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Country: _____

Birth Date: _____ Phone: Home: (_____) _____ Work: (_____) _____
 Cell: (_____) _____

Contact By: Phone Mail Cell Preferred Language: _____ Sex: Male Female

Marital Status: Single Married Divorced Widowed SSN: _____
 Separated Civil Union Other: _____

Race: American Indian or Alaska Native Asian Asian and Black/African American Asian and White
 Black/African American White and Black/African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Undetermined

Ethnicity: Hispanic or Latino Non Hispanic or Latino Undetermined

Employment Status (mark all that apply): Full-time Part-time Self-employed Retired
 Student Child Unemployed Other: _____

Primary Care Provider: _____ Phone: _____

Preferred Pharmacy: _____ Phone: _____

Emergency Contact: _____ Phone: _____

Responsible Party (Party responsible for payment): Self Spouse Parent Other: _____

Name: (Last): _____ (First): _____ Birth Date: _____

SSN: _____ Sex: Male Female

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Country: _____

Phone: _____ Work: _____ Fax: _____ Email: _____

Primary Insurance: _____ Effective Date: _____

Insured Party: Self Spouse Parent Other: _____ ID#: _____ Group#: _____

Subscriber Name: (Last): _____ (First): _____ Birth Date: _____

Secondary Insurance: _____ Effective Date: _____

Insured Party: Self Spouse Parent Other: _____ ID#: _____ Group#: _____

Subscriber Name: (Last) _____ (First) _____ Birth Date: _____

_____/_____/_____
 Signature of Patient or Representative Relationship to Patient Date Time

Interpretation: The information presented orally to the patient representative decision maker was interpreted into (language): _____ . The person for whom the information was interpreted stated s/he understood the interpretation.

 Interpreter Name Agency and ID# (if applicable)

_____/_____/_____
 Staff Signature/Title Print Name or ID# Date Time

Nombre: (Apellido(s)): _____ (Nombre): _____ (Segundo nombre): _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: Casa: (_____) Trabajo: (_____) Celular: (_____)
 Contactar por: Teléfono Correo electrónico Celular Idioma de predilección: _____
 Sexo: Femenino Masculino
 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Número de seguridad social: _____
 Separado(a) Unión civil Otro: _____
 Raza: Nativo(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska Asiático(a) Asiático(a) y negro(a)/afroamericano(a) Asiático(a) y blanco(a) Negro(a)/afroamericano(a) Blanco(a) Indeterminada
 Nativo(a) hawaiano(a) o isleño(a) del Pacífico Blanco(a) Indeterminada
 Origen étnico: Hispano(a) o latino(a) Ni hispano(a) ni latino(a) Indeterminado
 Situación laboral (marque todas las opciones que correspondan): Tiempo completo Medio tiempo Trabajador(a) autónomo(a) Desempleado(a) Jubilado(a) Estudiante Niño(a) Otro: _____
 Proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____
 Farmacia de predilección: _____ Teléfono: _____
 Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____
 Persona responsable (quien se responsabiliza del pago): Usted mismo(a) Esposo(a) Padre/madre Otro: _____
 Nombre: (Apellido(s)): _____ (Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Número de seguridad social: _____ Sexo: Femenino Masculino
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____
 Trabajo: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
 Seguro principal: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
 Persona asegurada: Usted mismo(a) Esposo(a) Padre/madre Otro: _____
 #ID: _____ #Grupo: _____
 Titular de la póliza de seguros: (Apellido(s)): _____ (Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Seguro secundario: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
 Persona asegurada: Usted mismo(a) Esposo(a) Padre/madre Otro: _____
 #ID: _____ #Grupo: _____
 Titular de la póliza de seguros: (Apellido(s)): _____ (Nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____
 Firma del/de la paciente o del/de la representante Relación con el/la paciente Fecha Hora
 (Signature of Patient or Representative) (Relationship to Patient) (Date) (Time)
 Interpretation: The information presented orally to the patient representative decision maker was interpreted into (language): _____
 The person for whom the information was interpreted stated s/he understood the interpretation.
 Interpreter Name _____ Agency and ID# (if applicable) _____
 Staff Signature/Title _____ Print Name or ID# _____ Date _____ Time _____