



## Patient Registration Form

Please fill in every blank.

<b>Patient</b>	Last Name	First	Middle	Date of birth	Gender (circle) M F	Social Security #
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	
	Home Phone	Pediatrician/Referring Doctor		Address	Doctor Phone	

<b>Responsible Party</b>	Mother Last Name	First	Middle	Home Phone	Social Security #	
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	Date of Birth
	Employer Name/Address		Work Phone	Cell Phone	E-Mail Address	
	Father Last Name	First	Middle	Home Phone	Social Security #	
	Address	Apt. #	City	State	Zip Code	Date of Birth
	Employer Name/Address		Work Phone	Cell Phone	E-Mail Address	

<b>Insurance</b>	Primary Insured's Name	Address (if different from above)	Social Security #	Date of Birth	
	Insurance Company	Phone Number	Policy Number	Group Number	Relation to Patient

<b>Other</b>	Emergency Contact	Home phone	Cell phone	Relationship
	Preferred Pharmacy Name	Address	Phone	

Authorized Signature: I authorize the release of any medical or other information necessary to process claims. I also request payment of medical benefits to the assigned physician for services rendered. I understand that submittal of a claim is not a guarantee of payment and that I am financially responsible for all charges on this account.

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

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

\_\_\_\_\_  
 Printed Name

\_\_\_\_\_  
 Printed Name



## Forma de Registración Paciente

**Llene la hoja completamente.**

<b>Paciente</b>	Apellido	Primer nombre	Medio nombre	Nacimiento	Sexo	Seguro Social
					M F	
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	
	Número de teléfono	Pediatra y dirección			Teléfono del pediatra	

<b>Responsable por el paciente</b>	Apellido (madre)	Primer nombre	Medio nombre	Número de teléfono	Seguro Social	
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento
	Lugar de empleo y dirección		Teléfono de empleo	Teléfono celular	E-Mail	
	Apellido (padre)	Primer nombre	Medio nombre	Número de teléfono	Seguro social	
	Domicilio	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento
	Lugar de empleo y dirección		Teléfono de empleo	Teléfono celular	E-Mail	

<b>Aseguranza</b>	Nombre de suscriptor	Dirección (si diferente de arriba)	Seguro social	Fecha de nacimiento
	Compañía de aseguranza	Número de teléfono	Poliza	Grupo

<b>Otro</b>	Nombre y número de teléfono de una persona en caso de una emergencia		Teléfono celular	Relación
	Nombre de farmacia preferido		Dirección	Teléfono

Yo autorizo el uso de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos. Pido también que se le pague al doctor asignado por medio de beneficio medico los servicios rendidos. Yo entiendo que al sumeter el reclamo no es garantía de pago, y yo soy responsable por todos los cargos en esta cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde