



**PATIENT REGISTRATION/ REGISTRO DE PACIENTE**

Today's Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sex / Sexo: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Phone number / Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Social Security #/ Número Social: \_\_\_\_\_

Primary Language / Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

E-mail Address / Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Emergency Contact / Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relationship / Relación: \_\_\_\_\_

Emergency Phone \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Race/Raza: \_\_\_\_\_ Ethnicity/ Etnicidad: \_\_\_\_\_

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

Occupation/ Ocupación: \_\_\_\_\_

**MEDICAL INFORMATION / INFORMACION MEDICA**

*Primary Care Doctor/ Doctor Primario:* \_\_\_\_\_

*Phone Number/ Número de teléfono:* \_\_\_\_\_

*Address / Dirección:* \_\_\_\_\_

*Pharmacy / Farmacia:* \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION/ INFORMACION DE SEGURO**

*Primary Insurance / Seguro Primario:* \_\_\_\_\_

*Policy Holder /titular de la póliza:* \_\_\_\_\_

*Group number/ Numero de Grupo:* \_\_\_\_\_

*Policy # / # De póliza:* \_\_\_\_\_

*Secondary Insurance / Seguro Secundario:* \_\_\_\_\_

*Policy Holder / Titular de la póliza:* \_\_\_\_\_

*Group #/ # De Grupo:* \_\_\_\_\_

*Policy #/ # De póliza:* \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION AND RELEASE/ AUTORIZACION Y LIBERACION:**

\_\_\_\_\_  
*Patient, Parent or tutor Signature / Firma del Paciente, padre o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Date / Fecha*