



PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION DE REGISTRO

TODAY'S DATE / FECHA DE HOY _____

PLEASE PRINT / FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE

P A T I E N T / P A C I E N T E	LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		MIDDLE NAME	
	SOCIAL SECURITY NO / NUMERO DE SEGURO SOCIAL		AGE / EDAD		BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO			APT No / NUMERO DE APARTAMENTO		
	CITY / CIUDAD		COUNTY/CONDADO	STATE / ESTADO	ZIP / CODIGO POSTAL	
	PLEASE CHECK THE NUMBER WHERE WE MAY CONFIDENTIALLY CONTACT YOU AND/OR LEAVE A MESSAGE / PORFAVOR MARQUE EL NUMERO DE TELEFONO DONDE PUEAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL.					
<input type="checkbox"/> HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA		<input type="checkbox"/> WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO		<input type="checkbox"/> CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR		
<input type="checkbox"/> MALE / HOMBRE <input type="checkbox"/> FEMALE / MUJER		RACE/RAZA: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT			ETHNICITY/ETHNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT	
<input type="checkbox"/> MARRIED / CASADO(A) <input type="checkbox"/> SINGLE / SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCED/SEPARATED / DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> WIDOWED / VIUDO(A)			HOW DID YOU HEAR ABOUT PCC / COMO <input type="checkbox"/> FRIEND/AMIGO <input type="checkbox"/> FAMILY MEMBER/MIEMBRO FAMILIAR <input type="checkbox"/> PHYSICIAN/DOCTOR <input type="checkbox"/> INSURANCE/ASEGURANZA <input type="checkbox"/> HOSPITAL/HOSPITAL: _____ <input type="checkbox"/> OTHER/OTHER			
PRIMARY INSURANCE NAME / ASEGURANZA PRIMARIA		ID#	GROUP No	POLICY HOLDER / POSEEDOR DE SEGURO		
SECONDARY INSURANCE NAME / ASEGURANZA SECUNDARIA		ID#	GROUP No	POLICY HOLDER / POSEEDOR DE SEGURO		

**COMPLETE ONLY IF ABOVE IS CHILD / LLENE SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD.
NOT APPLICABLE FOR FAMILY PLANNING SERVICES / NO SE APLICA PARA SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

P A R E N T S / P A D R E S	MOTHER (GUARDIAN) / MADRE		FATHER (GUARDIAN) / PADRE	
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO		MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO	
	CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL		CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	
	DOB / FECHA DE NACIMIENTO	HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA	DOB / FECHA DE NACIMIENTO	HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA
	WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR	WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR
	SS No / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYER / PATRON	SS no / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYER / PATRON
	RELATIONSHIP TO CHILD/ RELACION AL NINO: <input type="checkbox"/> MOTHER/ MOTHER <input type="checkbox"/> FATHER/ PADRE <input type="checkbox"/> GRANDPARENT / ABUELO(A) <input type="checkbox"/> FOSTER PARENT / PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO _____			

FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S) / NUMERO EN FAMILIA Y PRUEBA DE INGRESO

FAMILY SIZE/NUMERO EN FAMILIA	YEARLY INCOME/INGRESO DEL AÑO	INITIAL IF REFUSE TO PROVIDE PROOF OF INCOME / INICIALES SI NO DECLARA PRUEBA DE INGRESO
SIGNATURE/FIRMA		DATE/FECHA

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

EMERGENCY CONTACT NAME EN UNA EMERGENCIA EL NOMBRE DE COMUNICADOR	EMERGENCY CONTACT PHONE # EN UNA EMERGENCIA EL NUMERO DE TELEFONO DE EL COMUNICADOR
EMERGENCY CONTACT RELATION EN UNA EMERGENCIA LA RELACION DE EL COMUNICADOR	

PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE / FIRMA DE PACIENTE O AUTORIZADA	DATE / FECHA
--	--------------