



REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO

This form is used for multiple offices. In the case that a question does not pertain to you, please answer with "Not Applicable" (N/A).
Esta forma es utilizada en multiples oficinas. En caso de que una pregunta no aplique, por favor responda "No Aplica" (N/A).
(Please Print/ Por favor usa letra de molde)

Today's Date/ Fecha de Hoy:		Primary Care Physician/ Medico Principal:	
PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Patient last name/ Apellido del Paciente:		First Name/ Nombre:	
Social Security #/ Num. de Seguro Social :	Age/ Edad:	Birth Date/ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY):	
Home ph/ Tel. de casa:	Work ph/ Tel. de trabajo:	Cell ph/ Tel. celular:	
Email/ Correo Electrónico:	Primary Language/ Idioma Principal:	<input type="checkbox"/> Male/ Masculino	<input type="checkbox"/> Female/ Femenino
Street Address/ Dirección del Domicilio:			Apartment/ Apartamento:
City/ Ciudad:	State/ Estado:	ZIP Code/ Código Postal:	
Occupation/ Ocupación:	Employer/ Empleador:		
Marital Status/ Estado Civil:	Name of Spouse/ Partner/ Nombre de esposo(a)/ Pareja:		
Phone of Spouse/ Partner/ Tel. del esposo(a)/ Pareja	(Cell/ Celular):	(Work/ Trabajo):	
Parent/ Guardian name/ Nombre del Padre/ Guardian:			
Phone of Parent/ Guardian/ Tel. del Padre/ Guardian	(Cell/ Celular):	(Work/ Trabajo):	
Parent/ Guardian name/ Nombre del Padre/ Guardian:			
Phone of Parent/ Guardian/ Tel. del Padre/ Guardian	(Cell/ Celular):	(Work/ Trabajo):	
How did you hear about us?/ ¿Cómo fue informado acerca de nosotros? :			

INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Person responsible for bill/ Persona responsable del pago de la cuenta	Last Name/ Apellido:	First/ Nombre:
Birth date/ Fecha de Nacimiento:	Address/ Dirección:	Phone/ Tel.:
Is this person a patient here?/ ¿Es esta persona un paciente aquí?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	Relationship to patient / Relación al paciente:
Occupation/ Ocupación:	Employer/ Empleador:	
Employer address/ Dirección del Empleador:	Employer Phone no./ Tel. del Empleador:	
I understand that my privacy is protected and I have received a copy of the Privacy Policy Entiendo que mi privacidad esta protegida y he recibido una copia de la Póliza de Privacidad	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	
I have been offered Advance Directive information (Not Applicable for Patients under 18 years old) Se me ha ofrecido información acerca del Directivo de Avance (No Aplica a Pacientes menores de 18 años)	<input type="checkbox"/> Yes/ Si	
I give permission to my physician to leave medical information at: Autorizo a mi medico a dejar un mensaje con información médica:	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	Ph/ Tel.:
Prima Medical Group participates in the California Immunization Registry (CAIR), I understand my, or my child's, information will be included in that registry unless I choose not to participate. Prima Medical Group participa en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR), entiendo que mi información, o la de mi hijo(a), será incluida en el registro a menos que elija no participar.	<input type="checkbox"/> I choose to decline participation in CAIR. <input type="checkbox"/> Elijo no participar en CAIR	

I give my physician, and any physician covering for my physician permission to discuss medical care with:
Autorizo a mi médico , y a cualquier médico suplendo, compartir información de mi cuidado médico con:

(Relationship/Relación): _____

IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA

Name of local friend/relative: Nombre de un amigo/familiar local:	Relationship to patient: Relación al paciente:
Home Phone No/ Tel. de Casa:	Work Phone No/ Tel. de Trabajo::

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize Medicare or my insurance company to pay Prima Medical Group and my physician directly. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Prima Medical Group or insurance company to release any information required to process my claims.

La información anterior es verdadera según mi entender. Autorizo a Medicare ó a mi compañía de seguros a pagar a Prima Medical Group y a mi medico directamente. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier cuentas pendientes. También autorizo a Prima Medical Group ó a mi compañía de seguros a proveer cualquier información que se requiera para procesar mis pagos.

Patient/Parent/Guardian signature/ Firma del Paciente/ Guardián

Date/ Fecha