

## 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 use letra de molde*)

Today's Date/ <i>Fecha de Hoy:</i>		Primary Care Physician/ <i>Medico Primerio:</i>	
<b>PATIENT INFORMATION / <i>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</i></b>			
Patient last name/ <i>Apellido del Paciente:</i>		First name/ <i>Nombre:</i>	
Birth Date/ <i>Fecha de Nacimiento</i> (MM/DD/YY):	Age/ <i>Edad:</i>	Social Security #/ <i>Num. de Seguro Social:</i>	
Home ph/ <i>Tel. de casa:</i>	Work ph/ <i>Tel. de trabajo:</i>	Cell ph/ <i>Tel. celular:</i>	
Email/ <i>Correo Electrónico:</i>		<input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenino</i>	
Mailing Address / <i>Dirección Postal:</i>		Apartment/ <i>Apartamento:</i>	
City/ <i>Ciudad:</i>	State/ <i>Estado:</i>	ZIP Code/ <i>Código Postal:</i>	
Occupation/ <i>Ocupación:</i>		Employer/ <i>Empleador:</i>	
Marital Status/ <i>Estado Civil:</i>		Primary Language/ <i>Idioma Principal:</i>	
Race / <i>Raza</i> : <input type="checkbox"/> Black/ <i>African American (Norteamericano Africano)</i> <input type="checkbox"/> American Indian/ <i>Alaska Native (Indio Americano/ Nativo de Alaska)</i> <input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiático</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ <i>Pacific Islander (Nativo de Hawai/ Origen de las Islas del Pacifico)</i> <input type="checkbox"/> White/ <i>(Caucasico)</i> <input type="checkbox"/> Decline to Answer/ <i>(Me niego a contestar)</i>			
Ethnicity / <i>Etnicidad</i> : <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin/ <i>(Hispano, Latino, o de origen Español)</i> <input type="checkbox"/> Non -Hispanic, Latino, or Spanish origin/ <i>(Non-Hispano, Latino, o de origen Español)</i> <input type="checkbox"/> Decline to Answer/ <i>(Me niego a contestar)</i>			
Parent/Guardian Name/ <i>Nombre del Padre/Guardián:</i>		Parent/Guardian Phone/ <i>Tel. del Padre/Guardián:</i>	
Parent/Guardian name/ <i>Nombre del Padre/Guardián:</i>		Parent/Guardian Phone/ <i>Tel. del Padre/Guardián:</i>	
How did you hear about us?/ <i>¿Cómo fue informado acerca de nosotros? :</i> <input type="checkbox"/> Friend/ <i>Amigo(a)</i> <input type="checkbox"/> Internet/ <i>Pagina Web</i> <input type="checkbox"/> Phonebook/ <i>Directorio Telefónico</i> <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro:</i>			
<b>INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / <i>INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE</i></b>			
<b>Person responsible for bill/ <i>Persona responsable del pago de la cuenta</i></b>		Last Name/ <i>Apellido:</i>	
		First/ <i>Nombre:</i>	
Address/ <i>Dirección:</i>		Phone/ <i>Tel.:</i>	
Birth date/ <i>Fecha de Nacimiento:</i>		Relationship to patient / <i>Relación al paciente:</i>	
Employer/ <i>Empleador:</i>		Employer Phone no./ <i>Tel. del Empleador:</i>	
Employer address/ <i>Dirección del Empleador:</i>			
<b>IN CASE OF EMERGENCY / <i>EN CASO DE EMERGENCIA</i></b>			
Name of local friend/relative/ <i>Nombre de un amigo/familiar local:</i>		Relationship to patient/ <i>Relación al paciente:</i>	
Home Phone No/ <i>Tel. de Casa:</i>		Work Phone No/ <i>Tel. de Trabajo:</i>	
<p><b><i>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.</i></b></p> <p><b><i>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.</i></b></p>			
Patient/Parent/Guardian Signature/ <i>Firma del Paciente/Guardián</i>			Date/ <i>Fecha</i>