



REGISTRATION FORM / *Forma de Registro*

Today's Date / <i>Fecha de Hoy:</i>		Primary Care Physician / <i>Medico Primerio:</i>	
PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
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>	
Primary phone / <i>Telefono primero:</i>	Secondary phone / <i>Tel. secundario:</i>	Work phone / <i>Telefono de trabajo:</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"/> American Indian / Alaska Native (<i>Indio Americano / Nativo de Alaska</i>) <input type="checkbox"/> Asian (<i>Asiático</i>) <input type="checkbox"/> Black / African American (<i>Norteamericano Africano</i>) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Pacific Islander (<i>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>Telefono 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"/> Referring Provider / <i>Medico de Referencia</i> <input type="checkbox"/> Other / <i>Otro:</i>			
IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA			
Name of local friend / relative: <i>Nombre de un amigo/familiar local:</i>		Relationship to patient: <i>Relación al paciente:</i>	
Primary Phone / <i>Telefono Primero:</i>		Work Phone / <i>Telefono de Trabajo:</i>	
I give my physician and / or my physician's representative permission to leave a confidential message for me at the following phone number: <i>Doy a mi médico o representante de mi médico permiso para dejar un mensaje confidencial para mí en el siguiente número de teléfono:</i>			Ph:
I give my physician and /or my physician's representative permission to discuss my medical care with: <i>Doy a mi médico o representante de mi médico permiso para hablar de mi atención médica con:</i>		Name / Relationship <i>Nombre/Parentesco:</i>	
INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE			
Person responsible for the bill / <i>Persona responsable del pago de la cuenta:</i>		Last Name / <i>Apellido:</i>	First / <i>Nombre:</i>
Address / <i>Dirección:</i>		Phone / <i>Telefono:</i>	
Birth date / <i>Fecha de Nacimiento:</i>		Relationship to patient / <i>Relación al paciente:</i>	
Employer / <i>Empleador:</i>		Employer Phone / <i>Telefono del Empleador:</i>	
Employer address / <i>Dirección del Empleador:</i>			
X			
Patient/Parent/Guardian Signature / <i>Firma del Paciente/Guardián</i>			Date / <i>Fecha</i>
The above information is true to the best of my knowledge. <i>La información anterior es verdadera segun mi entender.</i>			