

PATIENT REGISTRATION FORM (Formulario de registro de paciente)

PERSONAL INFORMATION (Información del Paciente)

First Name(Primer nombre) _____ Last Name (Apellido) _____

Birth Date (Fecha de nacimiento) _____ SS# (Numero del seguro social) _____

Sex (Sexo) Female(Mujer) Male(Hombre) Transgender(Transgénero)

Address(Dirección) _____ City(Ciudad) _____ State(Estado) _____

Apt# (Numero de Apt) _____ Zip Code(Código postal): _____ Email(Correo electrónico): _____

Home Phone(Teléfono de casa) (_____) _____ Cell Phone(Teléfono) (_____) _____

Marital Status(Estado civil) Married(Casado) Single(Soltero) Divorced(Divorciado) Widow(Viudas)

Employment Status(Empleo estado) Employed(Empleado) Retired(Retirado) Unemployed(Desempleados)

PRIMARY CARE PHYSICIAN(MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA)

Name(Nombre) _____ Phone(Teléfono) (_____) _____

EMERGENCY CONTACT(CONTACTO DE EMERGENCIA)

First Name(Primer nombre) _____ Last Name(Apellido) _____

Home Phone(Teléfono de casa) (_____) _____ Cell Phone(Teléfono) (_____) _____

Relationship to Patient(Relación con el paciente) _____

PATIENT DEMOGRAPHIC(DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE)

- Which of the following best describes your Race?(¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu raza?)
American Indian or Alaska Native Asian Black or African American Informed Refusal
Native Hawaiian or other pacific Islander Hispanic White Other _____
- Preferred Language?(¿Idioma preferido?)
English(Ingles) Spanish(Español) Hindi/Orou Informed Refusal
- Which of the following best describes you Ethnicity?(¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor la etnicidad?)
Not Hispanic or Latino Hispanic or Latino Informed Refusal Other _____

Patient's Signature(Firma del Paciente) _____ Date(Fecha) _____