

PATIENT REGISTRATION

(INFORMATION REQUIRED FOR CASE HISTORY FILE)

- SINGLE
- MARRIED
- WIDOWED
- DIVORCED
- SEPARATED

Patient's Name _____ Age _____ Date of Birth _____
(PLEASE PRINT FULL NAME) (MO. DAY YEAR)

Address _____ Phone _____
STREET NO. & NAME CITY STATE ZIP YOURS OR NEAREST

Soc. Sec. # _____ Driver's Lic. # _____ Responsible Party _____
FULL NAME OF PERSON TO PAY

Employer _____ Occupation or Profession _____
(OF PATIENT OR HUSBAND, WIFE, ETC.)

Employer's Address _____ Phone _____
STREET NO. CITY STATE

Nearest Relative _____ Address _____
RELATIONSHIP AND FULL NAME

This visit is the result of an: Auto Accident Injury Accident on the job Other _____

Do you have medical or health insurance? Yes No What company? _____

Union _____ Medi-Care Medi-Cal Worker's Comp. _____
NAME NAME OF COMPANY

Complaint: _____ Have you had X-Rays before? Yes No When? _____

What areas were X-Rayed? _____

Female: Are you now pregnant? Yes No
How long? _____

Referred by _____

PLEASE NOTE: This office will gladly prepare insurance forms and reports; however, we cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company. All professional services are charged directly to the patient, therefore basic responsibility for payment is yours.

Date _____ Signature _____

REGISTRO DE PACIENTE

(INFORMACIÓN REQUERIDA PARA ANOTACIÓN DE SU CASO)

- SOLTERO (A)
- CASADO (A)
- VIUDO (A)
- DIVORCIADO (A)
- SEPARADO (A)

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
(NOMBRE ENTERO EN LETRAS DE MOLDE - NO USE INICIALES) (MES DÍA AÑO)

Dirección _____ Teléfono _____
NÚMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO ZIP SUYO O EL MÁS CERCANO

Número de Seguro Social _____ Número de Licencia de Manejo _____ Persona Responsable _____
NOMBRE ENTERO DEL PAGADOR

Lugar de Empleo _____ Trabajo o Profesión _____
(DEL PACIENTE O MARIDO, ESPOSA, ETC.)

Dirección de Empleo _____ Teléfono _____
NÚMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO

Pariente más cercano _____ Dirección _____
PARENTESCO Y NOMBRE ENTERO

Esta visita es resultado de: Accidente de Auto Accidente en el Trabajo Caída Enfermedad Otro _____

¿Tiene Ud. seguro medical? Sí No ¿Qué compañía? _____

Unión _____ Medi-Care Medi-Cal Compensación de Trabajador _____
NOMBRE NOMBRE DE COMPAÑÍA

Enfermedad o Mal: _____ ¿Ha sido radiografiada anteriormente? Sí No ¿Cuándo? _____

_____ ¿Cuáles partes del cuerpo fueron radiografiadas? _____

MUJER: ¿Está Ud. embarazada? Sí No
¿Cuántos meses? _____

Referido por _____

NOTE POR FAVOR: Esta oficina preparará las formas y reportes de seguro con mucho gusto; sin embargo, no podemos servirle con la susposición que los costos serán pagados por una compañía por consiguiente, la responsabilidad de pago es fundamentalmente suya.

Fecha _____ Firma _____