

Insurance cards copied   
Date: \_\_\_\_\_

# PATIENT REGISTRATION INFORMATION

Account #: \_\_\_\_\_

**Please PRINT and complete ALL sections below!**

Is your condition a result of a work injury?  Yes  No Auto accident?  Yes  No Other \_\_\_\_\_

## PATIENT'S PERSONAL INFORMATION

Marital status:  Single  Married  Divorced  Widowed Sex:  M  F

Name: \_\_\_\_\_ Date of injury: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
LAST NAME FIRST NAME INITIAL

Street address: \_\_\_\_\_ (Apt # \_\_\_\_\_) City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Driver's license: (State): \_\_\_\_\_

Employer/Name of school: \_\_\_\_\_  Full time  Part time

Spouse's name: \_\_\_\_\_ Work phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
LAST NAME FIRST NAME INITIAL

How do you wish to be addressed? \_\_\_\_\_ Spouse's social security # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

## PATIENT/RESPONSIBLE PARTY INFORMATION

Responsible party: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient:  Self  Spouse  Other \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Responsible party's home phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ (Apt # \_\_\_\_\_) City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Employer's Name: \_\_\_\_\_ Phone number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Your occupation: \_\_\_\_\_

If patient is a child, other parent's name: \_\_\_\_\_

Home address: \_\_\_\_\_

Home phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

## PATIENT'S INSURANCE INFORMATION

**PLEASE PRESENT INSURANCE CARDS TO RECEPTIONIST**

PRIMARY insurance company's name: \_\_\_\_\_

Insurance address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Name of insured: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Relationship to insured:  Self  Spouse  
 Other  Child

Insurance ID number: \_\_\_\_\_ Group number: \_\_\_\_\_

SECONDARY insurance company's name: \_\_\_\_\_

Insurance address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Name of insured: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_ Relationship to insured:  Self  Spouse  
 Other  Child

Insurance ID number: \_\_\_\_\_ Group number: \_\_\_\_\_

Check if appropriate:  Medigap policy  Retiree coverage

## PATIENT'S REFERRAL INFORMATION

Referred by: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Reason for consultation: \_\_\_\_\_

## EMERGENCY CONTACT

Name of person not living with you: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone number (home): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Phone number (work): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## ASSIGNMENT OF BENEFITS — FINANCIAL AGREEMENT

**ASSIGNMENT AND RELEASE:** I authorize payment of benefits be made directly to this healthcare provider and I understand I am responsible for charges not covered by this assignment. I also authorize the release of any information requested to process this claim.

Signed: \_\_\_\_\_

Method of payment:

Cash  Check  Credit card

Your Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Insurance cards copied   
Date: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DEL PACIENTE

Account #: \_\_\_\_\_

**Por favor ESCRIBA con letra clara de molde**

¿Su condición es debe a un accidente de trabajo?  Si  No ¿Accidente de Auto?  Si  No Otro \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

Estado civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Vinda Sexo:  M  F

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha se lastimar: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL

Dirección: \_\_\_\_\_ (Apt # \_\_\_\_\_) Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ No. Segura Social # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Licencia: (Estado): \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Medio tiempo

Nombre de su esposa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL

¿Como quiere que le llamemos? \_\_\_\_\_ Esposa No. Seguro Social # \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

Persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación:  Si Mismo  Esposa  Otro \_\_\_\_\_ No. Segura Social# \_\_\_\_\_

Persona responsable teléfono casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ (Apt # \_\_\_\_\_) Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Occupación: \_\_\_\_\_

Si el paciente es niño el nombre del otro madre o padre: \_\_\_\_\_

Dirección casa: \_\_\_\_\_

Teléfono casa : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE

**POR FAVOR PRESENTAR TARJETAS DEL SEGURO A LA RECEPCIONISTA**

Compania de seguros PRIMARIA: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación:  Si Mismo  Esposa  
 Otro  Niño

Numero de identificación: \_\_\_\_\_ Grupo numero: \_\_\_\_\_

Compania de seguros SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación:  Si Mismo  Esposa  
 Other  Niño

Numero de identificación: \_\_\_\_\_ Grupo numero: \_\_\_\_\_

Marque sí se aplica:  Medigap polica  Cobertura retirada

### INFORMACION DE LA RECOMENDACION

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Razón de su visita: \_\_\_\_\_

### CONTACTO EN UNA EMERGENCIA

Nombre de una persona que no vive contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo): (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ASIGNACION DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO

**ASIGNACION Y RENDIR:** Yo autorizo pago de beneficios directamente a esta clinica y yo entiendo que soy responsable por cualquier pago no cubierto por esta asignación. Asi mismo autorizo la rendir de informacion pertinente a este reclamo.

Firma: \_\_\_\_\_

Metodo de pago:

Dinero Contante  Cheque  Tarjeta de Credito

Su Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_