



Patient Name: _____
MRN: _____

PATIENT REGISTRATION

PATIENT INFORMATION							
LEGAL NAME	LAST,	FIRST	M.	CHART NO.	BILLING NO.	DATE	
PATIENT ADDRESS			APT #	CITY		STATE	ZIP
HOME PHONE ()				BUSINESS PHONE ()		CELL PHONE ()	
SEX	DOB	AGE	MARITAL STATUS		SOC SEC #		
PRIMARY CARE PHYSICIAN				E-MAIL			
EMPLOYER				OCCUPATION			
ADDRESS				CITY / STATE			ZIP

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION							
RESPONSIBLE PARTY NAME	LAST,	FIRST	M.	SOC SEC #	RELATIONSHIP		
MAILING ADDRESS			APT #	CITY		STATE	ZIP
HOME PHONE ()				BUSINESS PHONE ()			
EMPLOYER				OCCUPATION			
ADDRESS				CITY / STATE			ZIP

PATIENT EMERGENCY INFORMATION							
NAME						RELATIONSHIP	
ADDRESS			APT #	CITY		STATE	ZIP
HOME PHONE ()				BUSINESS PHONE ()			

PLEASE CHECK THE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR RACE AND ETHNICITY	
RACE: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. American Indian / Alaska Native <input type="checkbox"/> 3. Black or African American Native <input type="checkbox"/> 5. White or Caucasian <input type="checkbox"/> 7. Decline to provide 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2. Asian <input type="checkbox"/> 4. Hawaiian / Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> 6. Other <input type="checkbox"/> 8. Unknown
ETHNICITY: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> 3. Other 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2. Non-Hispanic / Non-Latino <input type="checkbox"/> 4. Decline to provide



Patient Name: _____
 MRN: _____

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DELE PACIENTE							
NOMBRE LEGAL	APELLIDO	NOMBRE	M		NUMERO DE ARCHIVO	FECHA	
DOMICILIO			APT	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO ()				NUMERO DE SU TRABAJO ()		CELL PHONE ()	
SEXO	FECHA DE NAC	EDAD	ESTADO MATRIMONIAL		NUMERO DE SEGURO SOCIAL		
DOCTOR PRIMARIO				NOMBRE DE SOLTERA/OTRO NOMBRE			
NOMBRE DEL MEGOCIO DONDE TRABAJA				OCUPACIÓN		E-MAIL	
DOMICILIO DE TRABAJO				CIUDAD/ESTADO			CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE							
PERSONA RESPONSABLE	APELLIDO	NOMBRE	M.		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	PARENTESCO	
DOMICILIO			APT #	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEPHONO ()				NUMERO DE TRABAJO ()		CELL PHONE ()	
NOMBRE DEL NEGOCIO DONDE TRABAJA				OCCUPACIÓN			
DOMICILIO DE TRABAJO				CIUDAD/ESTADO			CODIGO POSTAL

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA							
NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA						PATENTESCO	
DOMICILIO			APT #	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEPHONO ()				NUMERO DE TRABAJO ()		CELL PHONE ()	

FAVOR DE MARCAR EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU ORIGEN RACIAL O ETNIA

RAZA:

<input type="checkbox"/> 1. Indio de Norteamérica/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> 2. Asiático
<input type="checkbox"/> 3. Negro o Nativo Afro-Americano	<input type="checkbox"/> 4. Hawaiano / De otras Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> 5. Blanco o Caucásico	<input type="checkbox"/> 6. Otro
<input type="checkbox"/> 7. No desea contestar	<input type="checkbox"/> 8. Se desconoce

ETNIA:

<input type="checkbox"/> 1. Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> 2. No Hispano / No Latino
<input type="checkbox"/> 3. Otra	<input type="checkbox"/> 4. No desea contestar