

**PATIENT REGISTRATION FORM**

**\*OFFICE USE ONLY\***  
**MR#:** \_\_\_\_\_

**Fecha (Date):** \_\_\_\_\_

**Apellido (Last Name):** \_\_\_\_\_ **Nombre (First Name):** \_\_\_\_\_

**Dirección (Address):** \_\_\_\_\_ **Apt:** \_\_\_\_\_

**Ciudad (City):** \_\_\_\_\_ **Estado (State):** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal (Zip Code):** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono (Home Tel. #):** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Número de teléfono celular (Cell Tel. #):** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento (D.O.B.):** \_\_\_\_\_ **Sexo (Sex):**  **Hombre (M)**  **Mujer (F)**

**Número de seguro social (Social Security #):** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Tipo de examen (Type of Exam):** \_\_\_\_\_

**Motivo para el examen (Reason for Exam):** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***INSURANCE INFORMATION**\*\*\*\*\*

**Tipo de seguro (Ins. Type):** \_\_\_\_\_ **ID de miembro (Member ID):** \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario (Secondary):** \_\_\_\_\_ **ID de miembro (Member ID):** \_\_\_\_\_

**PRIMARY HOLDER:**  **SELF** /  **SPOUSE** /  **PARENT** /  **OTHER**

*If different than the patient, please complete the following:*

**Fecha de nacimiento de asegurado primario (D.O.B. of policy holder):** \_\_\_\_\_

**Nombre de asegurado primario (Policy holder's name):** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***EMERGENCY INFORMATION**\*\*\*\*\*

**Contacto en caso de emergencia (emergency contact):**

**Nombre (Name):** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente (Relationship to Patient):** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono (Tel. #):** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PATIENT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_