

REGISTRATION RECORD

Member Information

Patient Name: Last Name	First Name	Middle Initial	
Address: Street	City	State	Zip
Phone:	Social Security #:	Date of Birth:	[] Male [] Female

Responsible Party Information

Responsible Party Name: Last Name	First Name	Middle Initial	
Relationship to Patient: [] Mother [] Father [] Legal Guardian [] Self			
Address: Street	City	State	Zip
Phone:			

Employer Information:

Employer Name:			
Employer Address: Street	City	State	Zip
Employer Phone Number:	Occupation:		

Linguistic Service Needs

Primary Language:	Secondary Language:
Interpreter Services Offered: [] Yes [] No	Interpreter Services Accepted: [] Yes [] No <small>(if No – indicate who will interpret for patient)</small>
Interpreter Services Provided By: [] PCP [] Other <small>(if Other explain here)</small>	Is Patient Hearing Impaired: [] Yes [] No <small>(if Yes, indicate services offered)</small>

Emergency Contact Information

Name:	Relationship:
Phone Number:	Message Phone:

Authorization

I hereby authorize the doctor's of _____ Medical Clinic to be attending physicians and to administer to me any examination, treatment, and medications he/she deems therapeutic to my presenting complaint. I hereby authorize _____ Medical Clinic to furnish information to my insurance carriers concerning this illness and I hereby irrevocably assign to the doctors all payments for medical services.	
Signature of Patient/Parent/Guardian: _____	Date: _____

REGISTRATION RECORD

Informacion Del Miembro

Nombre del paciente: Apellido	Nombre	Inicial	
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:	# De seguro social:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Informacion De Persona Responsable

Nombre de persona responsable: Apellido	Nombre	Inicial	
Relacion al paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Mismo			
Direccion: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Telefono:			

Informacion Sobre Empleo:

Nombre de empleador:			
Direccion de empleador: Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
Numero de telefono de empleador:	Ocupacion:		

Servicios De Linguistica

Idioma principal:	Otra idioma:
Le ofrecieron servicios sobre interprete?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Acepto los servicios sobre interprete?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)</small>	
Servicios de interprete proveados por: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otra persona <small>(si el interprete es otra persona, indique quien es)</small>	
Es el paciente sordo o mudo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(si es, indique cuales servicios le ofrecieron)</small>	

Informacion Sobre De Persona De Contacto En Caso De Emergencia

Nombre:	Relacion:
Numero de telefono:	Numero de mensaje:

Autorizacion

Yo doy autorizacion a los doctores de clinica _____ que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos que el/ella vean necesarios o terapeutica para mis presente condicion(es). Tambien autorizo a la clinica _____ que provee informacion sobre de mi presente condicion(es) a agencias de aseguranza y le doy la autorizacion irrevocable a los doctores para que recivan compensacion por los servicios que me proveadon.	
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: _____	Fecha: _____