

REGISTRATION FORM

Do you have Medicare, Medicaid, or any form of government assistance? Yes No

¿Tiene Medicare, Medicaid o alguna forma de asistencia del gobierno? Sí No

Sign here / Firma aqui

If you answered YES, STOP HERE and DO NOT CONTINUE.

Si respondió SÍ, PARE AQUÍ y NO CONTINÚE.

PATIENT INFORMATION

INFORMACION DE PACIENT

Name/Nombre: _____

First / Primer

Middle / Segundo

Last /Apellido

Suffix / Sufijo

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sex/Sexo: _____ Race/Raza: _____

Marital Status/ Estado de Civil: _____ Preferred Language/ Idioma Preferido: _____

Preferred Communication/ Comunicacion Preferido: Email/ Correo Electronico Text/ Texto Phone/Telefono

Phone Number/ Telefono: _____ Cell Phone/Celular Home Phone/De Casa

Email/ Correo Electronico: _____

Street Address/ Direccion: _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/Codigo Postal: _____

*** Mailing Address If Different From Address * Direccion De Correo Si Es Diferente De La Direccion**

Mailing Address/ Direccion de Correo: _____

City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____ Zip Code/ Codigo Postal: _____

EMERGENCY CONTACT

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contact Name/ Nombre de Contacto: _____

Phone Number/ Telefono: _____ Relationship/ Relacion: _____

RESPONSIBLE PARTY

*If the patient is under the age of 18

PARTE RESPONSIBLE

*Si el paciente es menor de 18 años

Name/ Nombre: _____ Relationship/ Relacion: _____

Phone Number/ Telefono: _____ Email/ Correo Electronico: _____

To keep your information, secure please create a password. Password: _____

Para mantener su información segura, cree una contraseña. Contraseña: _____

How did you hear about us? / Como se entero de nosotros? : _____

