

# REGISTRATION FORM

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

## CONTACT INFORMATION

## INFORMACION DE CONTACTO

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: \_\_\_\_\_

## PASSWORD

## CONTRASEÑA

To keep medical information private and secure we ask that you create a password you can provide when requested.

**Password:** \_\_\_\_\_

Para mantener información médica privada y segura, necesita una contraseña que puede proporcionar cuando se solicite.

**Contraseña:** \_\_\_\_\_

## EMERGENCY CONTACT

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Contact Name/ Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Telefono: \_\_\_\_\_ Relationship/ Relacion: \_\_\_\_\_

## RESPONSIBLE PARTY

## PARTE RESPONSABLE

Party Name/ Nombre de Responsable: \_\_\_\_\_

Phone Number/ Telefono: \_\_\_\_\_ Relationship/ Relacion: \_\_\_\_\_

**I understand GAP Medical Center provides urgent care services. It is my responsibility to have my own primary care physician for complete preventive care services.**

**Entiendo que GAP Medical Center proporciona servicios de atención urgente. Es mi responsabilidad tener mi propio médico de atención primaria para servicios completos de atención preventiva.**

Signature/ Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_

How did you hear about us? / Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

