



PATIENT REGISTRATION FORM

ATTACHMENT A

Please complete registration form if it's your first time as a patient or if you need to update your registration. (You will need an identification card, no exceptions. Other documentation may be required.)

FINANCIAL RESPONSIBILITY (PARENT OR GUARDIAN)

Name _____ Date of Birth _____

Social Security Number _____ Place of Birth _____

Sex Male Female Marital Status _____

Ethnicity: Do you consider yourself Hispanic or Latino? Yes No

Race: White Black/African-American Asian American Indian/Alaskan Native
 Native Hawaiian Pacific Islander Unreported/Refuse to report More than one race

Address _____ Zip Code _____

Phone Number (_____) _____ Cell Phone Number (_____) _____

CHILDREN OR DEPENDENT INFORMATION

Name _____ Social Security Number _____ Date of Birth _____

Name _____ Social Security Number _____ Date of Birth _____

Name _____ Social Security Number _____ Date of Birth _____

CONTACT IN CASE OF EMERGENCY (OTHER THAN YOURS)

Name _____ Relationship _____

Address _____ Phone Number (_____) _____

Are you a resident of San Diego County? Yes No

What type of health insurance do you have? None Medi-Cal CMS

Other (please provide name) _____

(Your insurance information is needed for billing purposes)

Are you a Veteran? Yes No

Do you have a disability? Yes No

Do any of your dependents have a disability? Yes No

Do you have a medical problem as a result of a work-related injury or accident? Yes No

Do you need assistance to pay for medical services? Yes No

If so, what is your household monthly income? \$ _____ No. of dependents including yourself _____

Are you homeless or living in a shelter? Yes No

Are you a seasonal or migrant worker? Yes No

Are you living in a Public Housing or receiving Section 8? Yes No

Are you comfortable speaking English? Yes No

Signature _____

Date _____



REGISTRO DEL PACIENTE

ATTACHMENT A

Por favor llene esta forma de registro si es su primera vez como paciente o necesita actualizar información en su registro. (Necesitará proporcionar su identificación, no habrá excepciones. Otros documentos pueden ser requeridos.)

RESPONSABLE DE PAGO (PADRE O TUTOR)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Lugar de Nacimiento _____

Sexo Masculino Femenino Estado Civil _____

Etnicidad: ¿Se considera usted hispano or latino? Si No

Raza: Blanco Negro/Africano-Americano Asiático Indo Americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawaii Isla del Pacífico No reportado/Rechazo reportar Más de una raza

Dirección _____ Código Postal _____

Número Telefónico (_____) _____ Número Mobil (_____) _____

INFORMACION SOBRE SUS HIJOS O DEPENDIENTES

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA (ALGUNA PERSONA QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Número Telefónico (_____) _____

¿Es usted residente del Condado de San Diego? Si No

¿Que tipo de seguro médico tiene? Ninguno Medi-Cal CMS

Otro (favor de proporcionar nombre) _____

(Información de su seguro médico es necesario para propósito de factura)

¿Sirvió usted en el servicio militar? Si No

¿Tiene usted alguna discapacidad? Si No

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna discapacidad? Si No

¿Tiene usted algun problema médico relacionado con una lesión en su trabajo? Si No

¿Necesita usted ayuda económica para pagar servicios médicos? Si No

¿Si es así, cual es su ingreso familiar mensual? \$ _____ No. de dependientes incluyendo usted _____

¿Are you homeless or living in a shelter? Si No

¿Es usted un trabajador temporal o migrante? Si No

¿Radica usted en una vivienda pública o recibe Sección 8? Si No

¿Esta usted cómodo con el idioma inglés? Si No

Firma

Fecha