



REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRO

This form is used for multiple offices. In the case that a question does not pertain to you, please answer with "Not Applicable" (N/A).
Esta forma es utilizada en multiples oficinas. En caso de que una pregunta no aplique, por favor responda "No Aplica" (N/A).

(Please Print/ *Por favor use letra de molde*)

Today's Date/ <i>Fecha de Hoy:</i>		Primary Care Physician/ <i>Medico Primerio:</i>	
PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Patient last name/ <i>Apellido del Paciente:</i>		First name/ <i>Nombre:</i>	
Birth Date/ <i>Fecha de Nacimiento</i> (MM/DD/YY):	Age/ <i>Edad:</i>	Social Security #/ <i>Num. de Seguro Social:</i>	
Home ph/ <i>Tel. de casa:</i>	Work ph/ <i>Tel. de trabajo:</i>	Cell ph/ <i>Tel. celular:</i>	
Email/ <i>Correo Electrónico:</i>		<input type="checkbox"/> Male/ <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female/ <i>Femenino</i>	
Mailing Address / <i>Dirección Postal:</i>		Apartment/ <i>Apartamento:</i>	
City/ <i>Ciudad:</i>	State/ <i>Estado:</i>	ZIP Code/ <i>Código Postal:</i>	
Occupation/ <i>Ocupación:</i>		Employer/ <i>Empleador:</i>	
Marital Status/ <i>Estado Civil:</i>		Primary Language/ <i>Idioma Principal:</i>	
Race / <i>Raza</i> :			
<input type="checkbox"/> White (Caucasico)		<input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin (Hispano, Latino, o de origen Español)	
<input type="checkbox"/> Black/African American (Norteamericano Africano)		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native (Indio Americano/ Nativo de Alaska)	
<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander (Asiático/ Origen de las Islas del Pacifico)		<input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar)	
Ethnicity / <i>Etnicidad</i> :			
<input type="checkbox"/> Hispanic, Latino, or Spanish origin (Hispano, Latino, o de origen Español)			
<input type="checkbox"/> Non -Hispanic, Latino, or Spanish origin (Non-Hispano, Latino, o de origen Español)			
<input type="checkbox"/> Decline to Answer (Me niego a contestar)			
Parent/Guardian Name/ <i>Nombre del Padre/Guardián:</i>		Parent/Guardian Phone/ <i>Tel. del Padre/Guardián:</i>	
Parent/Guardian name/ <i>Nombre del Padre/Guardián:</i>		Parent/Guardian Phone/ <i>Tel. del Padre/Guardián:</i>	
How did you hear about us?/ <i>¿Cómo fue informado acerca de nosotros? :</i>			
<input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)		<input type="checkbox"/> Internet/Pagina Web	
<input type="checkbox"/> Phonebook/ Directorio Telefónico		<input type="checkbox"/> Other/Otro:	
INFORMATION OF RESPONSIBLE PARTY / INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE			
Person responsible for bill/ <i>Persona responsable del pago de la cuenta</i>		Last Name/ <i>Apellido:</i>	
		First/ <i>Nombre:</i>	
Address/ <i>Dirección:</i>		Phone/ <i>Tel.:</i>	
Birth date/ <i>Fecha de Nacimiento:</i>		Relationship to patient / <i>Relación al paciente:</i>	
Employer/ <i>Empleador:</i>		Employer Phone no./ <i>Tel. del Empleador:</i>	
Employer address/ <i>Dirección del Empleador:</i>			
IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA			
Name of local friend/relative: <i>Nombre de un amigo/familiar local:</i>		Relationship to patient: <i>Relación al paciente:</i>	
Home Phone No/ <i>Tel. de Casa:</i>		Work Phone No/ <i>Tel. de Trabajo:</i>	

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize Medicare or my insurance company to pay Prima Medical Group and my physician directly. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Prima Medical Group or insurance company to release any information required to process my claims.

La información anterior es verdadera según mi entender. Autorizo a Medicare ó a mi compañía de seguros a pagar a Prima Medical Group y a mi medico directamente. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier cuentas pendientes. También autorizo a Prima Medical Group ó a mi compañía de seguros a proveer cualquier información que se requiera para procesar mis pagos.

Patient/Parent/Guardian Signature/ *Firma del Paciente/Guardián*

Date/ *Fecha*