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 (if No – indicate who will interpret for patient)
Interpreter Services Provided By: [ ] PCP [ ] Other (if Other explain here)	**Is Patient Hearing Impaired:** [ ]Yes [ ]No (if Yes, indicate services offered)

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:**	**[ ] Hombre [ ] Mujer**

Informacion De Persona Responsable

Nombre de persona responsable: Apellido	Nombre	Inicial	
Relacion al paciente: [ ] Madre [ ] Padre [ ] Tutor legal [ ] 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?: [ ]Si [ ]No **Acepto los servicios sobre interprete?: [ ]Si [ ]No** **(si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)**	
Servicios de interprete proveados por: [ ] Doctor [ ] Otra persona **(si el interprete es otra persona, indique quien es)** **Es el paciente sordo o mudo?: [ ]Si [ ]No** **(si es, indique cuales servicios le ofrecieron)**	

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 examenes, tratamientos o medicamientos 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 servcios que me proveadon.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: _____ Fecha:_____