

## REGISTRATION RECORD

### Member Information

<b>Patient Name:</b> Last Name	First Name	Middle Initial	
<b>Address:</b> Street	City	State	Zip
<b>Phone:</b>	<b>Social Security #:</b>	<b>Date of Birth:</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

### Responsible Party Information

<b>Responsible Party Name:</b> Last Name	First Name	Middle Initial	
<b>Relationship to Patient:</b> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Self			
<b>Address:</b> Street	City	State	Zip
<b>Phone:</b>			

### Employer Information:

<b>Employer Name:</b>			
<b>Employer Address:</b> Street	City	State	Zip
<b>Employer Phone Number:</b>	<b>Occupation:</b>		

### Linguistic Service Needs

<b>Primary Language:</b>	<b>Secondary Language:</b>
<b>Interpreter Services Offered:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Interpreter Services Accepted:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(if No – indicate who will interpret for patient)</small>
<b>Interpreter Services Provided By:</b> <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Other <small>(if Other explain here)</small>	<b>Is Patient Hearing Impaired:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(if Yes, indicate services offered)</small>

### Emergency Contact Information

<b>Name:</b>	<b>Relationship:</b>
<b>Phone Number:</b>	<b>Message Phone:</b>

### 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.	
<b>Signature of Patient/Parent/Guardian:</b> _____	<b>Date:</b> _____

## REGISTRATION RECORD

### Informacion Del Miembro

<b>Nombre del paciente:</b> Apellido	Nombre	Inicial	
<b>Direccion:</b> Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
<b>Telefono:</b>	<b># De seguro social:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

### Informacion De Persona Responsable

<b>Nombre de persona responsable:</b> Apellido	Nombre	Inicial	
<b>Relacion al paciente:</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Mismo			
<b>Direccion:</b> Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
<b>Telefono:</b>			

### Informacion Sobre Empleo:

<b>Nombre de empleador:</b>			
<b>Direccion de empleador:</b> Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal
<b>Numero de telefono de empleador:</b>	<b>Ocupacion:</b>		

### Servicios De Linguistica

<b>Idioma principal:</b>	<b>Otra idioma:</b>
<b>Le ofrecieron servicios sobre interprete?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Acepto los servicios sobre interprete?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si no acepto interpret, porfavor indique quien va ser el interprete del paciente)	
<b>Servicios de interprete proveados por:</b> <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otra persona (si el interprete es otra persona, indique quien es)	
<b>Es el paciente sordo o mudo?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si es, indique cuales servicios le ofrecieron)	

### Informacion Sobre De Persona De Contacto En Caso De Emergencia

<b>Nombre:</b>	<b>Relacion:</b>
<b>Numero de telefono:</b>	<b>Numero de mensaje:</b>

### Autorizacion

Yo doy autorizacion a los doctores de clinica _____ que administren los exámenes, tratamientos o medicamentos 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 servicios que me proveadon.	
<b>Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____