

PATIENT HISTORY REGISTRATION FORM

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Today's Date/ Fecha de Hoy:			PCP:		
PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DE PACIENTE					
Patient's last name/ Apellido de Paciente:		First/ Primer:	Middle/ Segundo:	Marital status/ Estado Matrimonial:	Social Security Number / Numero de Seguro Social:
Is this your legal name?/Este es su nombre legal? ☐ Yes/SI ☐ No	If not, what is your legal name?/ Si no lo es, cual es su nombre legal?	Previous name/ Nombre anterior:		Birth date/Fecha de nacimiento: ____/____/____	Age/Edad Sex/Sexo: ☐ M ☐ F
Address/ Direccion:		City/Ciudad		State/Estado	Zip/Codigo
Race/Raza: ☐ Black – Non Hispanic/ No Hispano ☐ Asian/Pacific Islander /Asiatico o de Islas Pacificas ☐ American Indian/Alaskan Native/Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ White – Non Hispanic/ Blanco- No Hispano ☐ Hispanic/Hispano ☐ Other/Otro					
Email Address/Correo electronico:		Home phone no./Numero de casa: ☐ Preferred/Preferido		Cell phone no./Numero de Celular: ☐ Preferred	
Language/Idioma: Need Interpreter?/Necesita Interprete?		Patient's Employer/Empleador de Paciente		Employer's Address/Direccion de Empleador	
Spouse's Name/Nombre de Conyuge		Spouse's Social Security #/# de seguro social de conyuge:		Spouse's Work Number/Numero de trabajo de Conyuge:	
Spouse's Date of Birth/ Fecha de nacimiento de Conyuge: ____/____/____		Spouse's Employer/Empleador de Conyuge:		Spouse's Employer Address/Direccion de Expleador de Conyuge:	
Emergency Contact Name/Nombre de contacto de Emergencia:		Emergency Contact Address/Direccion de Contacto de Emergencia:		Emergency Contact Phone No./# de telefono de Contacto de Emergencia:	
Emergency Contact Relation to Patient / Relacion del contacto de emergencias al paciente:		Emergency Contact Date of Birth / Fecha de nacimiento del contacto de emergencias:			
IF PATIENT IS A MINOR, COMPLETE THIS SECTION/ SI PACIETE ES MENOR, COMPLETE ESTA SECCION					
Are the parents/Los padres estan ____ Married/Casados ____ Single/Solteros ____ Separated/Separados ____ Divorced/Divorciados ____ Widowed/Viudo					
Mother's Name/Nombre de Madre:		Mother's Employer/Empleador de Madre:		Mother's Date of Birth / Phone Number Fecha de Nacimiento de Madre/# de teléfono ____/____/____ - ____-____-____	
Father's Name/Nombre de Padre:		Father's Employer/Empleador de Padre:		Father's Date of Birth / Phone Number Fecha de Nacimiento de Padre/ # de teléfono ____/____/____ - ____-____-____	
Guardian's Name/ Nombre de Guardian:		Relationship/Relacion:		Date of Birth / Phone Number Fecha de nacimiento/# de telefono ____/____/____ - ____-____-____	