



4171 Oceanside Boulevard, Suite 109
 Oceanside, California 92056
 Phone: 760-216-6253 Fax: 760-216-6283
 Monday – Sunday 8:00am – 8:00pm
 OPEN EVERYDAY OF THE YEAR!!!

PATIENT REGISTRATION FORM

PatientID:	Información Requerida
Número de Seguro Social:	Correo Electrónico:
Nombre del Paciente:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)
Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Menor de Edad
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono de Hogar:
Dirección:	Teléfono de Celular:
Apt./Unidad/Suite #:	Empleador:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono De Empleo:
Nombre de Contacto de Emergencia:	Doctor Primario:
Teléfono de contacto de Emergencia:	¿Cómo escucho de nuestra clínica?
Relación al paciente:	Debido a las regulaciones del gobierno, se nos requiere obtener la próxima información:
Razon de la Visita:	Lenguaje preferido: English Otro: _____
	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano
	Raza: <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático
Si el paciente es menor de 18 años firma del pariente es requerido.	<input type="checkbox"/> Nativo a Hawái o Isleño del pacifico
Firma de pariente o guardián:	Método de contacto preferido: Circule Uno CELULAR HOGAR TRABAJO E-MAIL

INFORMACION REQUERIDA DEL SEGURO MEDICO

Por favor complete la información del suscriptor principal

Compañía de Seguros Primaria:	Nombre de Suscriptor Principal:
Numero de Póliza:	Fecha de Nacimiento:
Numero de Grupo:	Número de Seguro Social:
Copago:	Relación al Paciente:

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO O SUPPLEMENTAL

Compañía de Seguros:	
Numero de Póliza:	Numero de Grupo:
Copago:	

Póliza/Contrato Financiero de 8-2-8 Urgent Care. Requerimos el pago de todos los cargos al tiempo del servicio. Todas las cuentas tardías de 30 días, se les cobrará un cargo tardío de \$10.00. En el evento de que el paciente no pague el cobro, la cuenta pendiente, el balance semandará a colecciones y cualquier costo será agregado al balance principal y o cobros de abogados si lo es necesario. No cobramos a compañías de tercer plan como aseguradoras automóviles, "Personal Injury Protection Insurance". He leído y revisado todas las pólizas de 8-2-8 Urgent Care y de la información de HIPPA, y estoy de acuerdo en todos los términos y condiciones dictados en la parte posterior de este documento. Acepto mi responsabilidad financiera por completo por esta cuenta en caso de que mi compañía de seguros no pague los cargos.

***Firma del Paciente:** _____

***Fecha:** _____