

PATIENT REGISTRATION FORM

Patient ID:	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
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono de Casa:
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:	¿Tiene usted una lista de Medicamentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Razón de la Visita:	Farmacia de Preferencia/Ubicación: Debido a las regulaciones del gobierno, se nos requiere obtener la próxima información: Lenguaje preferido: Español Otro: _____
Si el paciente es menor de edad, firma de un pariente es requerida	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano
Firma de pariente o guardián:	Raza: <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Guardian Legal	<input type="checkbox"/> Nativo a Hawái o Isleño del pacifico

NO PROCEDURES

Self-Pay Fee Slip

X-Rays	Injections/Immunizations	Labs / Procedures	Lacerations/Other
<input type="checkbox"/> Cervical Spine 72040	<input type="checkbox"/> Ceftriaxone/Rocephin J0696	<input type="checkbox"/> CBC /CMP85025/80053	<input type="checkbox"/> Wound Repair 12001
<input type="checkbox"/> Lumbar Spine 72100	<input type="checkbox"/> Solu-Medrol J2930	<input type="checkbox"/> UA / HCG81003/81025	<input type="checkbox"/> I & D Abscess 10060
<input type="checkbox"/> Chest/Ribs 2V 71046	<input type="checkbox"/> Toradol J1885	<input type="checkbox"/> Strep Test 87430	<input type="checkbox"/> Dermabond G0168
<input type="checkbox"/> Shoulder 3V 73040	<input type="checkbox"/> Phenergan J2550	<input type="checkbox"/> Influenza Test 87804	<input type="checkbox"/> Nebulizer 94640
<input type="checkbox"/> Wrist/Hand 73110/73130	<input type="checkbox"/> Influenza 90658	<input type="checkbox"/> EKG 93000	<input type="checkbox"/> GI Cocktail 99070
<input type="checkbox"/> Ankle/Foot 73610/73630	<input type="checkbox"/> Tdap/TD 90715/90718	<input type="checkbox"/> Ear Lavage 69210	<input type="checkbox"/> IV Hydration 96360
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Other:

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 cobrara un cargo tardío de \$10.00. En el evento de que el paciente no pague el cobro, la cuenta pendiente, el balance se mandará 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". Eh 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. Aceptó mi responsabilidad financiera por completo por esta cuenta en caso de que mi compañía de seguros no pague los cargos.

*Firma del Paciente: _____

*Fecha: _____