

## PATIENT REGISTRATION FORM

PLEASE PRINT				
P A T I E N T	LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	MALE FEMALE
	SOCIAL SECURITY NO	AGE	BIRTH DATE	
	MAILING ADDRESS		APT NO	
	CITY	STATE	ZIP	COUNTY
	PLEASE CHECK THE NUMBER WHERE WE MAY CONFIDENTIALLY CONTACT YOU AND/OR LEAVE A MESSAGE			DRIVER LICENSE #
	HOME PHONE	WORK PHONE	CELL PHONE	EMAIL ADDRESS:
	RACE: AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE ASIAN BLACK OR AFRICAN AMERICAN WHITE MORE THAN ONE RACE NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER UNREPORTED/REFUSED TO REPORT		LANGUAGE:	EDUCATION:
	MARRIED SINGLE DIVORCED/SEPARATED WIDOWED	VETERAN STATUS: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ETHNICITY: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT	HOUSING:
	EMERGENCY CONTACT & TELEPHONE NUMBER			
	PRIMARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME
SECONDARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME	
COMPLETE ONLY IF ABOVE IS CHILD				
P A R E N T S	MOTHER (GUARDIAN)		FATHER (GUARDIAN)	
	MAILING ADDRESS	CHECK IF SAME AS ABOVE	MAILING ADDRESS	CHECK IF SAME AS ABOVE
	CITY/STATE/ZIP		CITY/STATE/ZIP	
	DOB	HOME PHONE	DOB	HOME PHONE
	WORK PHONE	CELL PHONE	WORK PHONE	CELL PHONE
	SS NO	EMPLOYER	SS NO	EMPLOYER
	RELATIONSHIP TO CHILD: <input type="checkbox"/> MOTHER <input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> GRANDPARENT <input type="checkbox"/> FOSTER PARENT <input type="checkbox"/> OTHER _____			
FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S)				
FAMILY SIZE	ANNUAL INCOME	INITIAL IF UNWILLING TO PROVIDE PROOF OF INCOME		
RELEASE OF INFORMATION/FINANCIAL RESPONSIBILITY				
I hereby authorize Unity Health on Main to release any medical or other information needed to process all insurance claims. I authorize payment of insurance benefits directly to Unity Health on Main. I agree that I am responsible for payments for services rendered, deductibles and coinsurance. I am aware that failure to pay may result in termination of the patient/clinic relationship. A photocopy of this authorization shall be considered as valid as the original. This authorization will remain in effect until revoked by me in writing. By signing this form, I am saying that I understand what is written above and that I voluntarily ask for and consent to treatment.				
PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE			DATE	



FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE									
P A C I E N T E	APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		EDAD		FECHA DE NACIMIENTO				
	DIRECCIÓN DE CORREO				NUMERO DE APARTAMENTO				
	CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CONDADO		
	POR FAVOR MARQUE EL NÚMERO DE TELÉFONO DONDE PODAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL						No. LICENCIA DE CONDUCIR:		
	TELÉFONO DE LA CASA		TELÉFONO DE TRABAJO		TELÉFONO DE CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
	RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATURAL DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFRO AMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O DE LAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> SIN REPORTAR/REHUSÓ REPORTAR						LENGUAJE:		ESCOLARIDAD:
	<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)/SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		SOLDADO VETERANO: SI No		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> SIN REPORTAR/REHUSÓ REPORTAR		TIPO DE VIVIENDA:		
	<input type="checkbox"/> CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA & NÚMERO DE TELÉFONO								
	SEGURO MEDICO			ID#		GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO	
SEGURO MEDICO			ID#		GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO		
LLENE SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD									
P A D R E S	MADRE (GUARDIÁN)				PADRE (GUARDIÁN)				
	DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES IGUAL QUE ARRIBA				DIRECCIÓN DE CORREO <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES IGUAL QUE ARRIBA				
	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL				CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL				
	FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE LA CASA		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE LA CASA		
	TELÉFONO DE TRABAJO		TELÉFONO DE CELULAR		TELÉFONO DE TRABAJO		TELÉFONO DE CELULAR		
	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		PATRÓN		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		PATRÓN		
	RELACIÓN AL NIÑO: <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO(A) <input type="checkbox"/> PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTRO _____								
NUMERO EN FAMILIA Y PRUEBA DE INGRESO									
NUMERO EN FAMILIA			INGRESO ANUAL			INICIALES SI NO DESEA DECLARAR PRUEBA DE INGRESO			
LA LIBERACION DE INFORMACION/RESPONSABILIDAD FINANCIERA									
<p>CON LA PRESENTE AUTORIZO A UNITY HEALTH ON MAIN A DAR INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR TODOS LOS RECLAMOS DE SEGURO. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE A UNITY HEALTH ON MAIN. ESTOY CONSCIENTE QUE ES MI RESPONSABILIDAD EL PAGO POR SERVICIOS QUE RECIBO, EL PAGO DE MI DEDUCIBLE DE SEGURO Y DEL CO-ASEGURO. ESTOY CONSCIENTE QUE EL NO PAGAR PODRÍA RESULTAR EN LA TERMINACIÓN DE MI RELACIÓN CON LA CLÍNICA. UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CONSIDERADA IGUAL DE VÁLIDA COMO LA ORIGINAL. SEGUIRÁ EN EFECTO ESTA AUTORIZACIÓN HASTA SER REVOCADO POR MÍ POR ESCRITO.</p> <p>AL FIRMAR ESTA FORMA, ESTOY DICHIENDO QUE ENTIENDO LO QUE ESTÁ ESCRITO ARRIBA Y YO VOLUNTARIAMENTE Y CONSCIENTEMENTE PIDO TRATAMIENTO MÉDICO.</p>									
FIRMA DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA						FECHA			