



VIDANT HEALTH

### FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (PATIENT REGISTRATION FORM)

Fecha (Date): \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

[El personal llenará este renglón (MR # \_\_\_\_\_, Chart # \_\_\_\_\_)]

#### Información del Paciente (Patient Information)

- Apellidos (Last Names): \_\_\_\_\_
- Primer nombre (First Name): \_\_\_\_\_
- Segundo nombre (Middle name): \_\_\_\_\_
- Apellido de soltera (Maiden): \_\_\_\_\_
- Nombre preferido (Preferred Name): \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento (Date of Birth): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes / día / año)      ▪ Edad (Age): \_\_\_\_\_
- Raza (Race): \_\_\_\_\_
- Sexo (Sex): Masculino (Male) / Femenino (Female)
- Número de seguro social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Estado civil (Marital Status): \_\_\_\_ Soltero/a (Single) \_\_\_\_ Casado/a (Married) \_\_\_\_ Divorciado/a (Divorced)  
\_\_\_\_ Viudola (Widowed)
- Dirección de correo (Mailing Address): \_\_\_\_\_  
    Ciudad/ Estado/ Código postal (City/State/Zip): \_\_\_\_\_
- Dirección de su residencia (Physical Address): \_\_\_\_\_  
    Ciudad/ Estado/ Código postal (City/State/Zip): \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de su casa (Home Phone #) \_\_\_\_\_
- Número del celular (Cell #) \_\_\_\_\_      ▪ Número del empleo (Work #) \_\_\_\_\_
- Etnia (Ethnic Group): No es hispano (Non-Hispanic) / Sí es hispano (Hispanic) / Desconocido (Unknown)
- Lengua materna o lenguaje preferido (Preferred/Primary Language): \_\_\_\_\_
- Necesita intérprete (Need Interpreter): Sí (Yes) / No
- Dirección de correo electrónico (E-mail Address): \_\_\_\_\_
- Situación laboral (Employment Status): Tiempo completo (Full Time) / Medio tiempo (Part Time) / Jubilado (Retired)  
    Trabajador independiente (Self Emp) / Discapacitado (Disabled) / Servicio militar activo (Active Military) /  
    Estudiante (Student) / Menor de edad (Minor) / No labora (Not Employed)
- Empleador (Employer): \_\_\_\_\_
- Ocupación (Occupation): \_\_\_\_\_

- Nombre del empleador (*Employer Name*): \_\_\_\_\_
- Número de teléfono del empleo (*Work #*): \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACIÓN (OTHER INFORMATION)**

- Nombre de la farmacia (*Pharmacy Name*): \_\_\_\_\_
- Dirección de la farmacia (*Pharmacy Address*): \_\_\_\_\_
- Número de teléfono de la farmacia (*Pharmacy Phone #*): \_\_\_\_\_
- Religión (*Religion*): \_\_\_\_\_
- Nombre de la persona encargada de su cuidado (*Primary Caregiver*): \_\_\_\_\_

**FIRMA y RESPONSABILIDADES (Signature and Responsibilities)**

La información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Doy mi autorización para que mis beneficios del seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy responsable de pagar cualquier saldo restante. También autorizo a que el pago de todos los beneficios médicos a los que tengo derecho bajo las estipulaciones de mi póliza de seguro médico, se haga directamente al médico nombrado arriba por los servicios prestados.

*(The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize payment of all medical benefits which are payable to me under the terms of my insurance policy to be paid directly to the above named physician for services rendered.)*

---

Firma del paciente o tutor (*Signature of Patient/Guardian*) \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*) \_\_\_\_\_ (mes/día/año)