



PATIENT REGISTRATION FORM

PLEASE PRINT				
P A T I E N T	LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
	SOCIAL SECURITY NO	DRIVER LICENSE #	BIRTH DATE	AGE
	MAILING ADDRESS	APT No	EMAIL ADDRESS:	
	CITY	STATE	ZIP	COUNTY
PLEASE CHECK THE PREFERRED METHOD OF CONTACT:				
	<input type="checkbox"/> HOME PHONE	<input type="checkbox"/> WORK PHONE	<input type="checkbox"/> CELL PHONE	<input type="checkbox"/> PATIENT PORTAL SECURE MESSAGING
PLEASE CHECK THE BOX NEXT TO EACH COMMUNICATION YOU CONSENT TO RECEIVE FROM CENTROMED. <small>IF YOU LEAVE ANY BOXES UNCHECKED, YOU WON'T RECEIVE THOSE TYPES OF COMMUNICATION FROM CENTROMED.</small>				
	<input type="checkbox"/> REMINDER CALLS	<input type="checkbox"/> TEXT MESSAGES	<input type="checkbox"/> PATIENT PORTAL SECURE MESSAGING	
RACE: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> WHITE		PREFERRED LANGUAGE	EDUCATION:	
<input type="checkbox"/> MORE THAN ONE RACE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> DECLINED				
<input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DIVORCED/SEPARATED <input type="checkbox"/> 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"/> DECLINED	HOUSING:	
EMERGENCY CONTACT	RELATIONSHIP	PHONE NUMBER		
PRIMARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME	
SECONDARY INSURANCE NAME	ID#	GROUP #	POLICY HOLDER NAME	
P A R E N T S	MOTHER (GUARDIAN)		FATHER (GUARDIAN)	
	MAILING ADDRESS <input type="checkbox"/> CHECK IF SAME AS ABOVE		MAILING ADDRESS <input type="checkbox"/> 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	YEARLY INCOME	INITIAL IF REFUSE TO PROVIDE PROOF OF INCOME		
RELEASE OF INFORMATION/FINANCIAL RESPONSIBILITY				
<p>I hereby authorize CentroMed to release any medical or other information needed to process all insurance claims. I authorize payment of insurance benefits directly to CentroMed. 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.</p> <p>By signing this form, I am saying that I understand what is written above and that I voluntarily ask for and consent to treatment.</p>				
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			No. LICENCIA DE CONDUCIR:	FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		
	DIRECCIÓN			NUMERO DE APARTAMENTO			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
	CIUDAD		ESTADO			CÓDIGO POSTAL		CONDADO	
	POR FAVOR MARQUE EL NÚMERO DE TELÉFONO DONDE PODAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL								
	<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE LA CASA		<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE TRABAJO		<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE CELULAR		<input type="checkbox"/> PORTAL DE PACIENTES DE MENSAJERÍA SEGURA		
	POR FAVOR MARQUE JUANTO A CADA COMUNICACIÓN QUE EXPRESO CONSENTIMIENTO PARA RECEIVIR CENTROMED. <small>SI DEJA ALGUNA CASILLAS SIN MARCAR, NO RECIBIRA LOS TIPOS DE COMUNICACIÓN DE CENTROMED.</small>								
	<input type="checkbox"/> TELÉFONO DE LA CASA		<input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO		<input type="checkbox"/> PORTAL DE PACIENTES DE MENSAJERÍA SEGURA				
	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"/> DISMINUIDO						PREFERENCIA 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: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> DISMINUIDO			TIPO DE VIVIENDA:	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO			
SEGURO MEDICO			ID#		GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO		
SEGURO MEDICO			ID#		GRUPO #		POSEEDOR DE SEGURO		

P A D R E S	MADRE(GUARDIÁN)				PADRE (GUARDIÁN)			
	DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> MARQUE SI ES IGUAL QUE ARRIBA				DIRECCIÓN <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 DECLARA PRUEBA DE INGRESO
--------------------------	----------------------	--

LA LIBERACION DE INFORMACION/RESPONSABILIDAD FINANCIERA

CON LA PRESENTE AUTORIZO A CENTROMED A DAR INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN NECESITADA PARA PROCESAR TODOS LOS RECLAMOS DE SEGURO. AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO DIRECTAMENTE A CENTROMED. 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.

AL FIRMAR ESTA FORMA, ESTOY DICHIENDO QUE ENTIENDO LO QUE ESTÁ ESCRITO ARRIBA Y YO VOLUNTARIAMENTE Y CONSCIENTEMENTE PIDO TRATAMIENTO MÉDICO.

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA	FECHA
---	--------------