



PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION DE REGISTRO

TODAY'S DATE / FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

PLEASE PRINT / FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE

PATIENT / PACIENTE	LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		MIDDLE NAME	
	SOCIAL SECURITY NO / NUMERO DE SEGURO SOCIAL		AGE / EDAD		BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO			APT NO / NUMERO DE APARTAMENTO		
	CITY / CIUDAD			STATE / ESTADO	ZIP / CODIGO POSTAL	
	<b>PLEASE CHECK THE NUMBER WHERE WE MAY CONFIDENTIALLY CONTACT YOU AND/OR LEAVE A MESSAGE / PORFAVOR MARQUE EL NUMERO DE TELEFONO DONDE PUEAMOS DEJAR UN MENSAJE CONFIDENCIAL.</b>					
	<input type="checkbox"/> HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA		<input type="checkbox"/> WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO		<input type="checkbox"/> CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR	
	<input type="checkbox"/> MALE / HOMBRE <input type="checkbox"/> FEMALE / MUJER		<input type="checkbox"/> I AM A STUDENT / SOY ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> FULL TIME / TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PART TIME / MEDIO TIEMPO		<input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> HISPANIC / HISPANO	
	<input type="checkbox"/> MARRIED / CASADO(A) <input type="checkbox"/> SINGLE / SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCED / SEPARATED / DIVORCIADO(A) / SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> WIDOWED / VIUDO(A)		<input type="checkbox"/> EMPLOYED / TRABAJANDO <input type="checkbox"/> NOT EMPLOYED / DESEMPLEADO(A) <input type="checkbox"/> RETIRED / RETIRADO(A)		<input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> NATIVE AMERICAN <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO _____	
	<input type="checkbox"/> HOMELESS / SIN HOGAR <small>HOMELESS IS DEFINED AS ONE WHO LACKS HOUSING (WITHOUT REGARD TO WHETHER THE INDIVIDUAL IS A MEMBER OF A FAMILY), INCLUDING INDIVIDUALS WHOSE PRIMARY RESIDENCE DURING THE NIGHT IS A SUPERVISED PUBLIC OR PRIVATE FACILITY THAT PROVIDES TEMPORARY LIVING ACCOMMODATIONS WHO RESIDE IN TRANSITIONAL HOUSING.          UNA PERSONA SIN HOGAR ES CLASIFICADO COMO ALGUIEN QUE NO TIENE VIVIENDA (SIN IMPORTAR SI ESA PERSONA ES UN MIEMBRO DE UNA FAMILIA), INCLUYE A INDIVIDUALES QUE SU RESIDENCIA PRINCIPAL DURANTE LA NOCHE ES UN LUGAR SUPERVISADA YA SEA PUBLICA O PRIVADA Y DONDE LA RESIDENCIA ES TEMPORAL O TRANSICIONAL.</small>		IF EMPLOYED, WORK PLACE / SI TRABAJA, ¿DONDE?			
	PRIMARY INSURANCE NAME / ASEGURANZA PRIMARIA			ID#	GROUP NO	POLICY HOLDER / POSEEDOR DE SEGURO
SECONDARY INSURANCE NAME / ASEGURANZA SECUNDARIA			ID#	GROUP NO	POLICY HOLDER / POSEEDOR DE SEGURO	

COMPLETE ONLY IF ABOVE IS CHILD / LLENE SOLAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD.  
 NOT APPLICABLE FOR FAMILY PLANNING SERVICES / NO SE APLICA PARA SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PARENTS / PADRES	MOTHER (GUARDIAN) / MADRE		FATHER (GUARDIAN) / PADRE			
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO			MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO		
	CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL			CITY/STATE/ZIP / CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL		
	DOB / FECHA DE NACIMIENTO	HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA	DOB / FECHA DE NACIMIENTO	HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA		
	WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR	WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO	CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR		
	SS No / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYER / PATRON	SS no / NUMERO DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYER / PATRON		
	RELATIONSHIP TO CHILD / RELACION AL NIÑO: <input type="checkbox"/> MOTHER / MADRE <input type="checkbox"/> FATHER / PADRE <input type="checkbox"/> GRANDPARENT / ABUELO(A) <input type="checkbox"/> FOSTER PARENT / PADRES ADOPTIVOS <input type="checkbox"/> OTHER / OTRO					

**FAMILY SIZE AND INCOME AS NOTED ON PROOF OF INCOME DOCUMENT(S)/NUMERO EN FAMILIA Y PRUEBA DE INGRESO**

FAMILY SIZE / NUMERO EN FAMILIA	YEARLY INCOME / INGRESO DEL AÑO	INITIAL IF REFUSE TO PROVIDE PROOF OF INCOME / INICIALES SI NO DECLARA PRUEBA DE INGRESO
SIGNATURE / FIRMA		DATE / FECHA

<b>AUTHORIZATION/CONSENT TO TREATMENT</b>		<b>AUTORIZACION/CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO MEDICO</b>	
I hereby authorize St. Paul Children's Clinic to release any medical or other information needed to process all insurance claims. I authorize payment of insurance benefits directly to St. Paul Children's Clinic. 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. <b>By signing this form, I am saying that I understand what is written above and that I voluntarily ask for and consent to treatment.</b>		Con la presente autorizo a St. Paul Children's Clinic a dar información médica o otra información necesitada para procesar todos los reclamos de seguro. Autorizo el pago de los beneficios de seguro directamente a St. Paul Children's Clinic. Estoy conciente que es mi responsabilidad el pago por servicios que recibo, el pago de mi deducible de seguro y del co-aseguro. Estoy conciente 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. <b>Al firmar esta forma, estoy diciendo que entiendo lo que esta escrito arriba y yo voluntariamente y concientemente pido tratamiento medico.</b>	
PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE / FIRMA DE PACIENTE O AUTORIZADA		DATE / FECHA	

***STAFF USE ONLY / PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE***				
REVIEW DATE	EMPLOYEE INITIALS	NUMBER IN FAMILY	INCOME	FEE CATEGORY