

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

-----  
*This information is CONFIDENTIAL. The information collected is used to provide you better patient care.*  
*(Esta información es CONFIDENCIAL. La información recopilada será usada para un mejor cuidado medico.)*

**Patient Information (Información del Paciente)**

**Name (Nombre):** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (Fecha de Nacimiento):** \_\_\_\_\_

**Marital Status (Estado Civil):** \_\_\_\_\_

**Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal):**

**Primary Phone (Numero de Teléfono):** \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa) [ ] Cell (Celular) [ ] Other (Otro)

**Secondary Phone (2do Numero de Teléfono):** \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa) [ ] Cell (Celular) [ ] Other (Otro)

**Email:** \_\_\_\_\_

**Social Security Number (Numero de Seguro Social):** \_\_\_\_\_

**Sex assigned at birth (Sexo de nacimiento) :**

[ ] Male (Masculino) [ ] Female (Femenino)

**Current gender identity (Genero de identificación) :**

[ ] Male (Masculino) [ ] Female (Femenino) [ ] Genderqueer (Genero indefinido)

[ ] Transgender Female to Male (Transgénero de Mujer a Hombre)

[ ] Transgender Male to Female (Transgénero de Hombre a Mujer)

[ ] Other (Otro) [ ] I do not wish to disclose (No deseo revelar)

**How do you best identify (Como se identifica usted):**

[ ] Lesbian or Gay (Lesbiana o Gay) [ ] Straight/Heterosexual (Heterosexual) [ ] Bisexual (Bisexual)

[ ] Other (Otro) [ ] Don't Know (No sé) [ ] I do not wish to disclose (No deseo revelar)

**How would you like us to contact you? (¿Cómo le gustaría que le contactemos?)**

*For appointment reminders*

*(Para recordarle de su cita)*

- [ ] Text (Texto)  
[ ] Cell Phone (Teléfono de Celular)  
[ ] Home Phone (Teléfono de Casa)  
[ ] Other Phone (Otro Teléfono)

*For lab results and health reminders*

*(Para los resultados de laboratorio y recordatorios de salud)*

- [ ] Patient Portal  
[ ] Mail (Correo)  
[ ] Cell Phone (Teléfono de Celular)  
[ ] Home Phone (Teléfono de Casa)

**Primary Language (Idioma Original):**

- [ ] English (Inglés) [ ] Spanish (Español)  
[ ] Hmong (Hmong) [ ] Somali (Somali)  
[ ] Other (Otro): \_\_\_\_\_

**Interpreter Needed? (¿Ud. Necesita Intérprete?):**

- [ ] Yes (Sí)  
[ ] No (No)

**Ethnicity Information - Hispanic/Latino identity. Check one option.**

**(Información de Etnicidad - Identidad de Hispano/Latino. Solo marque una opción)**

- [ ] Hispanic/Latino (Hispano/Latino)  
[ ] NOT Hispanic/Latino (No Hispano/Latino)  
[ ] I do not wish to disclose (No deseo revelar)

**Race - How do you best identify. Check one or two options?**

**(Información de Raza - ¿Como se identifica usted? Marque una o dos opciones)**

- [ ] African American (Africano Americano) [ ] Native Hawaiian (Hawaiano Nativo)  
[ ] African (Africano) [ ] Other Pacific Islander (Islas del Pacifico)  
[ ] White (Blanco) [ ] I do not wish to disclose (No deseo  
[ ] Native American/Alaska Native (Americano Nativo/Nativo de Alaska) revelar)  
[ ] Asian (Asiático)

**For Office Use Only (Para Uso De Oficina Solamente)**

**Patient ID:** \_\_\_\_\_

**Registration Information Verified By:** \_\_\_\_\_

**Insurance:** \_\_\_\_\_

**Insured ID:** \_\_\_\_\_

**Policy Group:** \_\_\_\_\_

**Guarantor Information (Persona Responsable)**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

Address, City, State, Zip (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Primary Phone (Numero de Teléfono): \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa) [ ] Cell (Celular) [ ] Other (Otro)

Relationship to Patient (Relación con el paciente): \_\_\_\_\_

**Emergency Contact (Contacto de Emergencia)**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Phone Number (Numero de Teléfono): \_\_\_\_\_

Is it OK to contact them if we cannot reach you? (¿Nos podemos comunicar con esa persona si no podemos hablar con usted?) [ ] Yes (Sí) [ ] No (No)

**Additional Patient Information (Información Paciente Adicional)**

Are you homeless? (¿Esta sin hogar?): [ ] Yes (Sí) [ ] No (No)

Household Size (Cuántas personas viven con usted): \_\_\_\_\_

Monthly Household Income (Ingreso Mensual del hogar): \$ \_\_\_\_\_

Agricultural Work Status (Estado de trabajo en la agricultura):

- [ ] Seasonal (Temporal) [ ] Migrant (Migrante)
- [ ] Year Round (Año Entero) [ ] Non Agricultural (No Agricultura)

Country of Origin or Birth Country (País del Origen o País de Nacimiento): \_\_\_\_\_

United States Military Veteran? (¿Veterano Militar de Los Estados Unidos?): [ ] Yes (Sí) [ ] No (No)

Do you live in public housing? (¿Vive en vivienda pública?): [ ] Yes (Sí) [ ] No (No)

**\*\*Authorized Care Givers: The following people are authorized to discuss personal health information or bring my child to NHS for evaluation and treatment, including immunizations. (Cuidadores autorizados: Las siguientes personas están autorizadas para discutir la historia de salud personal o llevar a mi hijo/a a NHS para evaluación y tratamiento, incluyendo las vacunas)\*\***

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship (Relación): \_\_\_\_\_

**Complete if Patient is Under 18 Years Old (Completa si Pacientes es menor de 18 años)**

**Mother/Guardian Information (Información de Madre/Guardián)**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Primary Phone (Numero de Teléfono):

- \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa)
- \_\_\_\_\_ [ ] Cell (Celular)
- \_\_\_\_\_ [ ] Other (Otro)

Secondary Phone (2do Numero de Teléfono):

- \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa)
- \_\_\_\_\_ [ ] Cell (Celular)
- \_\_\_\_\_ [ ] Other (Otro)

**Father/Guardian Information (Información de Padre/Guardian)**

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_

Primary Phone (Numero de Teléfono):

- \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa)
- \_\_\_\_\_ [ ] Cell (Celular)
- \_\_\_\_\_ [ ] Other (Otro)

Secondary Phone (2do Numero de Teléfono):

- \_\_\_\_\_ [ ] Home (Casa)
- \_\_\_\_\_ [ ] Cell (Celular)
- \_\_\_\_\_ [ ] Other (Otro)

## **Consent to Treatment, Assignment of Benefits, and Authorization to Release Information**

I hereby consent to treatment by Neighborhood HealthSource (NHS). I hereby assign, transfer, and set over to NHS all of my rights, title, and interest to my medical reimbursement benefits under my insurance policy. I authorize the release of any medical information needed to determine these benefits.

I consent to and authorize NHS to use and disclose my protected health information for treatment, payment and healthcare operations purposes, including care coordination and quality assessment and improvement activities.

This authorization shall remain valid until I give written notice revoking said authorization. I understand I am financially responsible for all charges whether or not they are covered by insurance.

## **Acknowledgement of Receipt of Notice of Health Information Practices**

The Notice of Health Information Practices describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. A copy is available for you to keep and review.

## **Financial Policy**

It is the commitment of this office to help keep your health care costs as low as possible. In order to do this, we need to keep our billing costs at a minimum. Please help us in the following ways:

Always bring your current health insurance card to the office.

Please notify us immediately of any changes in insurance, address, phone number, etc.

Please be prepared to pay your co-pay at the time of service.

Please pay your bill in full or make payment arrangements with Patient Accounting department.

## **Cancellation of Appointments and No Show Policy**

I understand that I must give the clinic 24 hour notice of any cancelled appointments. If I fail to keep my scheduled appointments, I may be at risk of not receiving future service.

---

Your signature below indicates you understand and agree to the above statements. Without your signature; we cannot provide health care services.

---

PRINTED NAME OF PATIENT - or - PATIENT'S REPRESENTATIVE

---

DATE

---

SIGNATURE OF PATIENT - or - PATIENT's REPRESENTATIVE

---

RELATIONSHIP TO PATIENT

## **Consentimiento al Tratamiento, Asignación de Beneficios, y Autorización a la Información Permitida**

Yo consiento a treves de este medio al tratamiento por Neighborhood HealthSource (NHS). Asigno, transfiero, y fijo por este medio a NHS todos mis derechos, título, e interés a mis beneficios de reembolso bajo mi póliza de seguro. Autorizo compartir cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios.

Doy mi consentimiento y autorizo a NHS para usar y compartir mi información de salud protegida para mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluyendo coordinación de la atención médica y la evaluación de calidad y actividades para mejorar la calidad de servicio.

Esta autorización seguirá siendo válida hasta que yo dé el aviso escrito que revoca dicha autorización. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cuentas independientemente de si son cubiertos por el seguro

## **Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Información de Salud**

El Aviso de Prácticas de Información de Salud describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y compartida y cómo usted puede tener acceso a esta información. Una copia está disponible para que usted la mantenga y para su revisión.

## **Póliza de Finanza**

El compromiso de esta oficina es de ayudar a mantener los costos de atención médica lo más bajo posible para usted. Para tratar de hacer eso, tenemos que mantener nuestros costos de facturación a un mínimo. Por favor, ayúdenos de las siguientes maneras:

- Siempre traiga su tarjeta de seguro médico actual a la oficina.
- Por favor notifíquenos inmediatamente de cualquier cambio en el seguro, dirección, número de teléfono, etc.
- Venga preparado/a para pagar su co-pago en el momento del servicio.
- Por favor, pague su factura en su totalidad o haga arreglos de pago con el departamento de Contabilidad para Pacientes.

## **Póliza de Cancelación de Citas y Ausencia**

Entiendo que tengo que dar aviso a la clínica al menos 24 horas antes de mi cita para cancelar. Si fracaso para mantener mis citas programadas, puedo estar en riesgo de no recibir servicio en el futuro.

---

Su firma abajo indica que usted entiende y está de acuerdo con las declaraciones antes dichas. Sin su firma, no podemos proporcionar servicio de cuidado médico.

---

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE - o - REPRESENTANTE DEL PACIENTE  
PRINTED NAME OF PATIENT - or - PATIENT'S REPRESENTATIVE

---

FECHA  
DATE

---

FIRMA DE PACIENTE - o - REPRESENTANTE DEL PACIENTE  
SIGNATURE OF PATIENT - or - PATIENT'S REPRESENTATIVE

---

RELACIÓN AL PACIENTE  
RELATIONSHIP TO PATIENT