



Full Registration Form

CLIENT INFORMATION

Name: _____ SSN: _____
Last First Middle

Other Name(s) Used: _____

Birthdate: _____ Last Name at Birth: _____ Female Male
Month / Day / Year

Street Address: _____ F to M M to F

City: _____ State: _____ Zip: _____

Mailing Address (if different from above): _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Please provide us with at least two contact phone numbers and tell us what kind of phone numbers they are:

() _____ Home Work Cell phone Pager Message

() _____ Home Work Cell phone Pager Message

Do we need to contact you at a different mailing address, phone number or through an alternate method for confidential issues? Yes No

Do you need an interpreter? Yes No What is your primary language? _____

Which of the following best describes you:

Race- Mark Alaskan Native American Native Asian Black **Ethnicity** Hispanic

All that apply Native Hawaiian Pacific Islander White Non - Hispanic

LOCAL EMERGENCY CONTACT

Name: _____

Home Phone: _____ Alternate Phone: _____

Relationship to Client: _____ Client's Legal Guardian? Yes No

GUARANTOR (Person responsible for Payment-list insurance information in next section)

Name: _____ Last Name at Birth: _____
Last First Middle

Billing Address: _____ Birthdate: _____ Phone Number: _____
Month / Day / Year

City: _____ State: _____ Zip: _____ Relationship to Client: _____

INSURANCE INFORMATION

Do you have health insurance? Yes No

I am uninsured or have insurance with a very high deductible and would like to apply for the sliding fee scale to help cover the cost of my visits. (You may be asked to provide verification of your income by providing check stubs or income tax documents.)

Name of Primary Insurance: _____

Insurance Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

Name of Policy Holder: _____ Relationship to Client: _____
Last First Middle

Mailing Address: _____ Phone: _____

Insurance ID: _____ Group #: _____

Do you have additional insurance? Yes No



Formulario de Registro Completo

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Número Seguro Social: _____
Apellido Paterno Nombre Segundo Nombre o Inicial

Otros Nombres Usados: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Apellido de Nacimiento: _____ Femenino Masculino
Mes / Día / Año

Dirección Física: _____ F to M M to F

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor provea al menos dos números de teléfono en donde podemos encontrarlo(la) y díganos qué clase de teléfonos son:

() _____ Hogar Trabajo Celular Buscador Electrónico Mensajes

() _____ Hogar Trabajo Celular Buscador Electrónico Mensajes

¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales? Sí No

¿Necesita un Intérprete? Sí No ¿Cuál es su lenguaje principal? _____

Cuál de los siguientes describe mejor:

Raza Marque Ingídena de Alaska Indígena Americano Asiático Negro **Etnicidad** Hispano

todos los encasillados que correspondan Nativo de Hawaii Nativo Islas del Pacífico Blanco No Hispano

CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL

Nombre: _____

Número Teléfono Hogar: _____ Número Teléfono Trabajo: _____

Relación Con el Cliente: _____ ¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? Sí No

FIADOR (Persona que se responsabiliza a pagar - la información del seguro médico está en la próxima sección)

Nombre: _____ Apellido de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
Mes / Día / Año

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Relación Con el Cliente: _____

INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO

¿Tiene Seguro Médico de Salud? Sí No ¿Tiene usted algún seguro médico adicional? Sí No

Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal: _____

Dirección Postal del Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre de la Persona Principal en el Seguro: _____ Relación Con el Cliente : _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal: _____ Teléfono: _____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de Grupo: _____

¿Tiene usted algún seguro medico adicional? Sí No