

## NPC Office Patient Registration

Patient Information	Nombre: _____	APODO _____	
	Dirección de correo _____	Ciudad _____	Estado _____ Código _____
	Domicilio _____	Ciudad _____	Estado _____ Código _____
	Teléfono de casa _____	Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado/a	
	Celular/Alternativo _____	Teléfono del Trabajo _____	
	Num. Licencia de manejar _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Numero del Seguro Social _____ - _____ - _____	Esposo/a _____	
	Quien lo refirió? _____		

Employment	Patrón _____	Teléfono _____
	Domicilio _____	Ciudad _____ Estado _____ Código _____
	Ocupación _____	Si se retiró, ¿en que fecha? _____

Responsible party	Representante: Apellido _____	Nombre _____ Inicial _____
	Domicilio/ P.O. Box _____	Ciudad _____ Estado _____ Código _____
	Numero del Seguro Social _____ - _____ - _____	Home phone _____
	Relationship to the patient _____	Work phone _____
	Garantor's employer _____	Garantor's date of birth _____
	Employers address _____	Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Relative / Friend	Name: Apellido _____	Nombre _____ Inicial _____ Otro _____
	Domicilio _____	Ciudad _____ Estado _____ Código _____
	Relation al paciente _____	Phone _____

Medi-Cal Notice	<b>Aviso a pacientes elegibles para el Medi-Cal.</b>	
	Esta oficina médica no acepta el seguro Medi-Cal como seguro primario o secundario. No aceptamos medical o seguros.	
	He sido informado/a que el seguro Medi-Cal no se acepta para citas del pasado, presente o futuro sin el permiso del médico.	
	_____	_____
Fecha	Firma del paciente o representante	

Assignment / Consent	Doy permiso para tratamiento médico o quirúrgico al médico a mi cuidado ó yo estoy autorizado/a por el paciente como su representante para dar el consentimiento para tal tratamiento. Yo doy permiso de consentimiento para enviar mi expediente a los médicos que consultan o a otros que necesitan la información requerida en mi representación medica de mi tratamiento. Entiendo que soy financieramente responsable a la oficina antedicha de los servicios rendidos. Si necesitamos tener acción legal para coleccionar los pagos, usted será responsable de las cuotas legales incurridas.	
	_____	_____
	Fecha	Firma del paciente o representante

Patient Name _____	Date of Birth _____
--------------------	---------------------

