

Patient Registration Form – Welcome!

Today's Date _____

Male _____ Female _____

Date of birth: _____
Mo. Day Year

Gender: _____

Preferred Pronouns: _____

Preferred language:

- ☐ English
☐ Spanish
☐ Other

Interpreter Needed?

- ☐ Yes ☐ No

Last Name _____ First Name _____ Middle initial _____

Physical Address _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____

Mailing Address _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____
(if different from above)

County of residence _____

Cell Phone _____ Email _____

Social Security # _____ - _____ - _____

Race: ☐ White ☐ Black ☐ Asian

☐ Am. Indian ☐ Unknown/Not Reported

☐ Pacific Islander

Do you have a Medicaid or Healthy Texas Women number?

☐ Yes ☐ No ID# _____

Do you have private insurance ☐ Yes ☐ No

Insurance Company: _____ ID# _____

Hispanic ☐ Yes ☐ No

Marital status:

☐ Married ☐ Never married ☐ Other

Who can we contact in an emergency? _____
Name / Relationship Phone #

What are the best ways for us to contact you? (check all that apply)

☐ Cell Phone ☐ Text Message ☐ EMail ☐ Mail ☐ Do not contact

I request that communications from the practice be delivered to me by the provided electronics means. I understand that this form of communication may not be secure, creating a risk of improper disclosure to unauthorized individuals. I am willing to accept that risk, and will not hold the practice responsible should such incident occur.

SIGNED: _____ Date: _____

Patient Registration Form – Welcome!

Fecha de Hoy _____

Masculino _____

Femenina _____

Genero: _____

Pronombres Preferidos: _____

Idioma preferido:

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Otra

Necesita interprete?

- ☐ Si ☐ No

Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Apellido _____ Nombre _____ Inicial Segundo _____

Dirección física _____

Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo _____

Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado de residencia _____

Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Seguro Social # _____ - _____ - _____

Raza: ☐ Blanco ☐ Negre ☐ Asia

☐ Indo Americano ☐ No informe

☐ Islas de pacifico

¿Tiene un número de Medicaid o de Healthy Texas Women?

☐ Si ☐ No ID# _____

Seguro Médico Privado? ☐ Si ☐ No

Compañía de seguros: _____ ID# _____

Hispano(a) ☐ Si ☐ No

Estado civil :

☐ Casado ☐ Nunca se casado ☐ Otro

¿ Quien podemos contactar en caso de emergencia? _____
nombre telefono #

¿Cuáles son las mejores maneras para que nos comuniquemos con usted? (marque todo lo que corresponda)

☐ Teléfono móvil ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo ☐ Sin contacto

Solicito recibir las siguientes comunicaciones de la clinica por los medios electrónicos proporcionados. Entiendo que esta forma de comunicación posiblemente no esta segura, creando un riesgo de divulgación de informacion medica confidencial a personas no autorizadas. Estoy dispuesto a aceptar este riesgo y no declara a la clinica responsable en caso de que ocurra dicho incidente.

Firmado: _____ Fecha: _____

Cuando haga una cita, las clínicas le enviarán un mensaje de texto con un recordatorio el día anterior.