



PATIENT REGISTRATION FORM / INFORMACION DE REGISTRO

PLEASE PRINT / FAVOR DE ESCRIBIR EN MOLDE

P A T I E N T / P A C I E N T E	LAST NAME / APELLIDO		FIRST NAME / PRIMER NOMBRE		MIDDLE NAME / APELLIDOS		<input type="checkbox"/> MALE / MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE / FEMENINA		
	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO		SSN / NUMERO DE SEGURO SOCIAL			COUNTY / CONDADO			
	MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DEL CORREO					APT No / NUMERO DE APARTAMENTO			
	ZIP / CODIGO POSTAL			CITY / CIUDAD			STATE / ESTADO		
	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.								
	<input type="checkbox"/> HOME PHONE / TELEFONO DE LA CASA			<input type="checkbox"/> CELL PHONE / TELEFONO DE CELULAR			<input type="checkbox"/> WORK PHONE / TELEFONO DE TRABAJO		
	EMAIL ADDRESS / DIRECCION ELECTRONICO			LANGUAGE/ LENGUAJE: _____			MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL: <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)		
	ETHNICITY/ETHNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> NOT HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT				RACE/RAZA: <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> UNREPORTED/REFUSED TO REPORT				
	CITIZENSHIP / CIUDADANO: <input type="checkbox"/> US CITIZEN / CIUDADANO <input type="checkbox"/> LEGAL PERMANENT RESIDENT / RESIDENTE LEGAL <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	SIGNATURE / FIRMA	DATE / FECHA

LIST EVERYONE WHO LIVES IN YOUR HOME			
LAST NAME / APELLIDO	FIRST NAME / PRIMER NOMBRE	RELATIONSHIP / RELACIÓN	AGE / EDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RELEASE OF INFORMATION / FINANCIAL RESPONSIBILITY	LA LIBERACION DE INFORMACION / RESPONSABILIDAD FINANCIERA
<p>I hereby authorize Samaritan Health Ministries (SHM) to release any medical or other information needed to process all insurance claims. I agree that I am responsible for payments for services rendered. 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.</p> <p>By signing this form, I am saying that I understand what is written above and that I voluntarily ask for and consent to treatment.</p>	<p>Con la presente autorizo a Samaritan Health Ministries (SHM) a dar información médica o otra información necesitada para procesar todos los reclamos de seguro. Estoy consiente que es mi responsabilidad el pago por servicios que recibo. Estoy consiente 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.</p> <p>Al firmar esta forma, estoy diciendo que entiendo lo que esta escrito arriba y yo voluntariamente y concientemente pido tratamiento medico.</p>
PATIENT OR AUTHORIZED SIGNATURE / FIRMA DE PACIENTE O AUTORIZADA	DATE / FECHA