



REGISTRACION

Today's Date Fecha		PCP Doctor de Atención Primaria	
Patient Information Información del Paciente			
Last Name Apellido		First Primer Nombre	MI Inicial del Segundo Nombre
Birth Date Fecha de Nacimiento	Age Edad	Sex Sexo M F	Marital Status Estado Marcial Soltero Casado Divorciado Viudo
Street Address Dirección		SSN Seguro Social	Phone # # de Teléfono ()
P.O. Box	City Ciudad	State Estado	Zip Code Código Postal
Employer Empleador	Work Injury? ¿Accidente de Trabajo? Si No		Employer's Phone # # de Empleador ()
Referred By ¿Cómo Se Entero de Nosotros?			
Please give your insurance card to the receptionist Por favor entregue su targeta de seguro a la recepcionista			
Person Responsible for Bill Persona Responsable de la Factura		Relationship Relación	DOB Fecha de Nacimiento
Address (If Different) Dirección (Si Es Diferente)			
SSN # # de Seguro Social	Home Phone # # de Casa ()	Cell Phone # # de Celular ()	Work Phone # de Trabajo ()
Is this patient covered by insurance? ¿Este paciente es cubierto por seguro medico? Si No		Covered by Worker's Compensation ¿Cubierto por Compensación de Trabajo? Si No	
IN CASE OF EMERGENCY EN CASO DE EMERGENCIA			
Name of local friend or relative Nombre de amigo o familiar:		Relationship Relación	Phone # # de Telefono ()
<p>Doy mi consentimiento para el examen, el tratamiento y los procedimientos que puedan realizarse durante esta visita, incluido el tratamiento de emergencia que el personal de Guilford Immediate Care considere necesario. Entiendo que el examen que estoy a punto de recibir no debe considerarse en lugar de mis necesidades de atención médica preventiva y continua, que debe proporcionar mi médico personal. También autorizo la divulgación de la información solicitada por mi compañía de seguros y la divulgación de mis registros médicos (actuales e históricos) a los proveedores de atención médica con quienes yo o mi (s) médico (s) de tratamiento podemos consultar para recibir tratamiento médico.</p>			
Signature of Patient and/or Legal Guardian or Parent Firma del Paciente y/o Tutor Legal o Padre			Date Fecha