

Benacare Medical Center, Inc.
PATIENT REGISTRATION REGISTRO DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NAME: NOMBRE		MIDDLE 2° NOMBRE	LAST APELLIDO	
PRIOR NAME: NOMBRE ANTERIOR		PRIMARY LANGUAGE: LENGUAJE PRIMARIO		DO YOU NEED AN INTERPRETER? ¿NECESITA INTÉRPRETE? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No
ADDRESS: DIRECCIÓN			DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO	
CITY: CIUDAD		STATE: ESTADO	ZIP CODE: CÓDIGO POSTAL	
HOME PHONE: TELÉFONO PARTICULAR		BUSINESS: OFICINA		CELL: CELULAR
SOCIAL SECURITY NUMBER: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			E-MAIL ADDRESS: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
SEX: SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MARITAL STATUS: ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SINGLE SOLTERO	<input type="checkbox"/> MARRIED CASADO	<input type="checkbox"/> WIDOWED VIUDO
EMPLOYMENT STATUS: EMPLEO				
<input type="checkbox"/> EMPLOYED EMPLEADO	<input type="checkbox"/> PART-TIME STUDENT ESTUDIANTE DE MEDIO TIEMPO	<input type="checkbox"/> FULL-TIME STUDENT ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO	<input type="checkbox"/> OTHER OTRO	

EMPLOYMENT INFORMATION / INFORMACIÓN DE EMPLEO

OCCUPATION: OCUPACIÓN		
EMPLOYER: EMPLEADOR		EMPLOYER PHONE: TELÉFONO DEL EMPLEADOR
ADDRESS: DIRECCIÓN		
CITY: CIUDAD	STATE: ESTADO	ZIP CODE: CÓDIGO POSTAL

SPOUSE INFORMATION / INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NAME: NOMBRE		DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO
SOCIAL SECURITY NUMBER: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		CELL: CELULAR
OCCUPATION: OCUPACIÓN		
EMPLOYER: EMPLEADOR		EMPLOYER PHONE: TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

IF PATIENT IS A MINOR / SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

FATHER'S NAME: NOMBRE DEL PADRE		DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO
OCCUPATION: OCUPACIÓN		SOCIAL SECURITY NO.: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ADDRESS (if different from patient's) DIRECCIÓN: (Si es otra que la del paciente)		
CITY: CIUDAD	STATE: ESTADO	ZIP CODE: CÓDIGO POSTAL
HOME PHONE: TELÉFONO PARTICULAR		CELL: CELULAR
MOTHER'S NAME: NOMBRE DE LA MADRE		DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO
OCCUPATION: OCUPACIÓN		SOCIAL SECURITY NO.: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ADDRESS (if different from patient's) DIRECCIÓN: (Si es otra que la del paciente)		
CITY: CIUDAD	STATE: ESTADO	ZIP CODE: CÓDIGO POSTAL
HOME PHONE: TELÉFONO PARTICULAR		CELL: CELULAR

IN CASE OF AN EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA

NEAREST RELATIVE OR FRIEND NOT LIVING AT HOME WITH PATIENT
EL PARIENTE O AMIGO MÁS CERCANO QUE NO VIVA EN LA CASA DEL PACIENTE:

RELATIONSHIP TO PATIENT:
PARENTEZCO CON EL PACIENTE:

HOME PHONE:
TELÉFONO PARTICULAR

BUSINESS:
OFICINA

CELL:
CELULAR

ADDRESS:
DIRECCIÓN

CITY:
CIUDAD

STATE:
ESTADO

ZIP CODE:
CÓDIGO POSTAL

REFERRAL INFORMATION / INFORMACIÓN DE QUIÉN LO RECOMENDÓ

REFERRED TO OUR OFFICE BY: (please list name of source)
FUE ENVIADO A NUESTRA OFICINA POR: (por favor escriba el nombre de quién lo recomendó)

AN ATTORNEY
UN ABOGADO

A DOCTOR
UN DOCTOR

A PATIENT
UN PACIENTE

OTHER
OTRO

ILLNESS / INJURY RELATION / RELACIÓN DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD

IS YOUR ILLNESS OR INJURY RELATED TO ANY OF THE FOLLOWING:
ESTÁ RELACIONADO SU LESIÓN O ENFERMEDAD CON CUALQUIERA DE LAS COSAS SIGUIENTES:

EMPLOYMENT
EMPLEO

AUTO ACCIDENT
ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

PERSONAL INJURY
ACCIDENTE PERSONAL

IF AUTO ACCIDENT, PLEASE PRINT THE STATE
WHERE THE ACCIDENT OCCURRED:
SI FUE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, POR FAVOR ESCRIBA CON
LETRA DE MOLDE EL ESTADO DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

CONSENT TO TREATMENT:

I hereby consent to any requested diagnostic procedures including X-rays, blood tests, medical treatment, and/or immunizations that are deemed advisable by Benacare Medical Center, Inc. & Its Associated Providers. I acknowledge that I have read this consent form and understand its contents.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que se lleve a cabo cualquier procedimiento para obtener un diagnóstico tal como rayos X, análisis de sangre, tratamiento médico, y/o vacunas que Benacare Medical Center, Inc. y sus Proveedores Asociados consideren convenientes. Confirmando haber leído este formulario de consentimiento y haber entendido su contenido:

Signature
Firma

X _____

(Patient or Other Legally Authorized Person)
(Paciente o otra persona legalmente autorizada)

Date
Fecha

(Relationship to Patient)
(Relación con el paciente)