Patient Registration Form / Forma De Registro Del Paciente

Edinburg CISD School Based Health Center
1601 E. Sprague, Edinburg TX 78542 Tel: 956-378-9290 Fax: 956-378-9376

I was referred to this practice by:	self	newspaper	friend	doctor	yellow pages	other
Fui referido a esta clinica por:	____ mi mismo	____ periodico	____ amigo	____ doctor	____ directorio	____ u otro

Patient's Name (Nombre Del Paciente): _____ Age (Edad): _____

Female (Femenino): _____ Male (Masculino): _____ DOB (Fecha De Nacimiento): _____

SS# (Numero Social Del Paciente): _____ - _____ - _____ Marital Status (Estado Civil): _____

Home Phone # (Numero De Telefono): (___) _____ Cell #: (___) _____

Physical Address (Direccion Physica): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Codigo Postal): _____

Mailing Address (Direccion De Correspondencia): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Codigo Postal): _____

Family Dr. (Dr. Familiar): _____

Email Address (Direccion de correo electronico): _____

Retired (Jubilado): _____ Unemployed (Desempleado): _____ Child (Nino): _____ Student (Estudiante): _____ Disabled (Disabilitado): ___

In case of an emergency call (En Caso De Emergencia a quien contactamos): _____

Name (Nombre): _____ Relationship (Relacion): _____

Home Phone # (Numero De Telefono): (___) _____ Cell #: (___) _____

NAME OF SCHOOL (ESCUELA): _____

Patient Registration Form / Forma De Registro Del Paciente

Edinburg CISD School Based Health Center
1601 E. Sprague, Edinburg TX 78542 Tel: 956-378-9290 Fax: 956-378-9376

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO: **NAME OF SCHOOL (ESCUELA):** _____

Patient's Name (Nombre Del Paciente): _____ DOB (Fecha De Nacimiento): _____

Primary Insurance (Nombre de Aseguranza): _____

Address (Direccion): _____ Phone (Telefono): (___) _____

Insured Name (Nombre de Suscritor): _____

SS# (# Social): _____ - _____ - _____ DOB (Fecha De Nacimiento): _____ Group # (# de Grupo): _____

Employer (Empleo): _____ Phone (Telefono): (___) _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Codigo Postal): _____

Secondary Insurance: ☐ Yes / Si ☐ No / No Insurance Name (Nombre de Aseguranza): _____

PHARMACY INFORMATION / NOMBRE DE PHARMACIA:

Name (Nombre): _____ City (Ciudad): _____ Phone (Telefono): (___) _____

Payment is required at time of service unless prior arrangements have been made. Please indicate preferred method of payment.

Cash ☐ Check ☐ Credit Card (Visa/MC) ☐ Other _____

Your signature below indicates your consent for treatment of / as patient and responsibility for paying bill. Thank you. I hereby authorize the release of any information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance company. I hereby authorize the payment of medical benefits directly to the physician, an affiliate of Renaissance Medical Foundation.

Por la presente autorize el pago de beneficios de seguro de otro modo pagaderos al doctor un afiliado de Renaissance Medical Foundation; ademas autorizo a que me de tratamento en este consultorio. Tambien autorizo dar a conocer informacion conciente de mi salud, consulta, y tratamiento, con el proposito de evaluar y administrar para asegurar los beneficios de seguro. He recibido una copia de Aviso de Privacidad y he tenido de la oportunudad de objeyar el dar a conocer mi informacion de salud.

Signature: _____ Date/Time: _____