

Patient Registration
(Registracion Del Paciente)

How did you hear about us: _____

First Name: _____ **Middle:** _____ **Last:** _____
(Nombre) (segundo nombre) (apellido)

Sex: Male Female **Date of Birth:** _____ **Age:** _____ **Marital Status:** D M S W
(sexo: masculino/femenino) (fecha de nacimiento) (edad) (estado marital: D C S V)

Race: _____ **Ethnicity:** _____ **Preferred Language:** _____
(Raza) (Ethnicidad) (Idioma Preferido)

SS#: _____ **Address** _____
(# de seguro social) (direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
(ciudad) (estado) (area postal)

Home Phone #: _____ **Work #:** _____ **Cell #:** _____
(telefono de casa) (telefono de trabajo) (celular)

Email address: _____
(correo electronico)

In case of Emergency Contact Person & Phone #: _____
(en caso de emergencia contactar con y telefono)

Employer Name: _____ **Employer phone:** _____
(nombre de empleador) (telefono de empleador)

Employer Address: _____
(direccion de empleador)

Employed: Full Time ___ **Part Time** ___ **Student** ___ **Active Military** ___ **Inactive Military** ___
(empleo: tiempo completo medio tiempo estudiante militar activo militar inactivo)

Is this an accident related injury? ___ **Yes** ___ **No** ___
(el dolor es con relacion a un accidente? si no)

If Accident, where did it occur? ___ **Home** ___ **Work** ___ **Auto** ___ **School** ___ **Other:** ___
(si es un accidente, adonde ocurrio? casa trabajo auto escuela otra)

Date of Accident? _____ **Describe Accident:** _____
(fecha de accidente) (describir el accidente:)

Have you seen another physician for this injury? **Yes** **No**
(A visto otro medico por esta lesion?) Si No

If yes, who? _____
Nombre del medico: _____

Primary Care Physician & Phone#: _____
(Nombre y telefono de medico primario)

Referring Physician & Phone#: _____
(Nombre y telefono de medico que lo refirio)

