

CLIENT REGISTRATION *REGISTRO DEL PACIENTE*

Today's date *fecha de hoy* _____

E.C. Tyree Health & Dental Clinic

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------|---|--------------------------------|
| Patient/Client Information <i>información del paciente/cliente</i> | | | | | |
| Last Name(s) <i>apellido(s)</i> | | First Name <i>primer nombre</i> | MI <i>segundo nombre</i> | Age <i>edad</i> | DOB <i>fecha de nacimiento</i> |
| SSN <i>número de seguros</i> | Home/Cell Phone <i>tel. de casa o de celular</i> | Work Phone <i>tel. de trabajo</i> | | Gender <i>género</i> <input type="checkbox"/> Male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> Female <i>feminino</i> | |
| Street Address <i>dirección</i> | | City <i>ciudad</i> | County <i>condado</i> | State <i>estado</i> | Zip <i>código postal</i> |
| Ethnicity <i>etnicidad</i> Hispanic/Latino: <i>hispano/latino:</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>si</i> <input type="checkbox"/> No <i>no</i> Language Spoken <i>idioma que habla</i> _____ | Race <i>raza</i> <input type="checkbox"/> Asian <i>asiático</i> <input type="checkbox"/> Black/African American <i>negro/africano americano</i> <input type="checkbox"/> White <i>blanco</i> <input type="checkbox"/> Other <i>otro</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>desconocido</i> <input type="checkbox"/> Hispanic/black <i>hispano/negro</i> <input type="checkbox"/> Hispanic/white <i>hispano/blanco</i> <input type="checkbox"/> Indian/Native American <i>indio americano/nativo</i> | Marital Status <i>estado civil</i> <input type="checkbox"/> Married <i>casado</i> <input type="checkbox"/> Single <i>soltero</i> <input type="checkbox"/> Widowed <i>viudo</i> <input type="checkbox"/> Divorced <i>divorciado</i> <input type="checkbox"/> Separated <i>separado</i> | | | |
| Insurance (Check what applies) <i>asegurados (indique lo que se aplica)</i> <input type="checkbox"/> Completely Insured ^o <i>enteramente asegurado^o</i> <input type="checkbox"/> No Insurance <i>no tiene aseguranzas</i> <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> HealthWave <input type="checkbox"/> American Indian <i>indio americano</i> | | Card must be presented to clerk at check-in <i>hay que presentarle la tarjeta a la dependiente cuando se registre</i> Name of Employer _____ Insurance provider <i>compañía de seguros</i> _____ Policy number <i>número de la póliza</i> _____ Cardholder's name <i>persona responsable de la póliza</i> _____ Cardholder's DOB <i>fecha de nacimiento de la persona responsable</i> _____ | | | |
| ^o E.C. Tyree Health & Dental Clinic files insurance as a courtesy. This constitutes advance notice to you, the beneficiary, that if all program requirements are met by the provider but payment is not made by Medicaid and/or other Insurance coverage, you may be held responsible for the charges if your services are not covered by Medicaid and/or other Insurance coverage. ^o La Clínica de E.C.Tyree presenta los seguros por Ud. Como favor. Esto es para avisarle, el beneficiado, que si todos los requisitos del programa se cumplan por la proveedor(a) y no nos pagan el Medicaid y/u otro tipo de seguro, Ud. será el responsable por los cargos si no se cobran por el Medicaid y/u otro tipo de seguro. | | | | | |
| Head of Household (with same address as patient) <i>jefe de familia (con la misma dirección)</i> | | | | | |
| Last Name(s) <i>apellido(s)</i> | | First Name <i>primer nombre</i> | MI <i>segundo nombre</i> | DOB <i>fecha de nacimiento</i> | |
| SSN <i>número de seguros</i> | Relation to patient <i>parentesco al cliente</i> | Has anyone in your family worked in agriculture (crops, animals, or nurseries) in the last two years? <i>¿Hay alguien en su familia quien trabajó en la agricultura (cosecha, animal, o vivero) en los últimos dos años?.</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>si</i> <input type="checkbox"/> No <i>no</i> | | | |
| Guarantor Information (person responsible for payment) <i>información del aval (persona responsable de la cuenta)</i> | | | | | |
| Last Name(s) <i>apellido(s)</i> | | First Name <i>primer nombre</i> | MI <i>segundo nombre</i> | DOB <i>fecha de nacimiento</i> | |
| SSN <i>número de seguros</i> | Home/Cell Phone <i>tel. de casa o de celular</i> | Work Phone <i>tel. de trabajo</i> | | Gender <i>género</i> <input type="checkbox"/> Male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> Female <i>feminino</i> | |
| Street Address <i>dirección</i> | | City <i>ciudad</i> | County <i>condado</i> | State <i>estado</i> | Zip <i>código postal</i> |
| Referral Information | | | | | |
| Whom may we thank for referring you to our practice: <input type="checkbox"/> Another patient, friend <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Health Dept <input type="checkbox"/> United Way <input type="checkbox"/> Other _____ Name of the person or office referring you to our practice: _____ | | | | | |