

Heidi Freeman, M.D.
REGISTRATION FORM/FORMA DE REGISTRACION

(Please Print/ Por Favor Imprima)

Today's date/Fecha de hoy:	PCP:
----------------------------	------

PATIENT INFORMATION/INFORMACION DE PACIENTE

Last name/Apellido:	First/ Primer:	Middle/Segundo:	<input type="checkbox"/> Miss/ Senorita <input type="checkbox"/> Ms/ Senora	Marital status (circle one)/ Estado matrimonial (circule uno) Single/Soltera Married/ Casada Other/ Otro
Is this your legal name/ Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	If not, what is your legal name/ Si no, que es su nombre legal?	Maiden name/ Nombre Anterior:	Date of birth/ Fecha de nacimiento: / /	Age/ Edad:
Home address/ Domicillio de casa:	City/ Ciudad:	State/ Estado	ZIP code/Codigo postal:	Home number/ Numero de casa: ()
Mailing Address/Domicillio De Coreo:	City/ Ciudad:	State/ Estado	ZIP code/Codigo postal:	Cell number/ Numero de cellular: ()
Occupation/Ocupacion:	Employer/ Trabajador:	Employer address/ Domicillio de trabajador:	Employer number/ Numero de trabajador: ()	
Who Referred you to this clinic/ Como escucho de nosotros (please check one)(Por favor margue una caja):			<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Insurance Plan/ Seguro Medico <input type="checkbox"/> Walking by/ Cominando
<input type="checkbox"/> Family/ Familia	<input type="checkbox"/> Friend/ Amiga/o	<input type="checkbox"/> Close to home or work/ Cerca de casa o trabajo	<input type="checkbox"/> Yellow Pages/ Paginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Other/ Otro
Is it okay to contact you by email for non-emergency reasons/ Podemos contactarla por coreo electronico?			<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	Email address/ Coreo Electronico:

INSURANCE INFORMATION/INFORMACION DE ASEGURANSA

(Please give your insurance card to the receptionist/ Por favor de dar carta de aseguransa a recepcionista.)

Name of policyholder/ Persona en poliza:	Policyholder's S.S. no/ Seguro social de person en poliza	Birth date/ Fecha de nacimiento: / /	Patient's relationship to policyholder/ Relacion con la paciente:
Occupation/ Ocupacion:	Employer/Trabajador:	Employer address/ Domicillio de trabajador:	Employer phone number/ Numero de trabajador: ()
Primary insurance/ Aseguranza primaria:	Group no/ Numero de grupo:	Policy no/ Numero de poliza:	Co-payment/ Co-pago: \$
Name of secondary insurance (if applicable)/ Aseguranza secundaria (Si applica):	Policyholder's name/ Nombre en poliza:	Group no/ Numero e grupo:	Policy no/ Numero de poliza:

IN CASE OF EMERGENCY/ ENCASO DE EMERGENCIA

Name of local friend or relative (not living at same address)/ Nombre de amigo/a o pariente local (que no viva con usted):	Relationship to patient/ Relacion con la paciente:	Home phone no/ Numero de casa: ()	Cell/ Numero de cellular: ()
--	---	--	----------------------------------

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Heidi Freeman, M.D. or insurance company to release any information required to process my claims/ La informacion dada es verdadera a lo mayor de mi conocimiento. Autorizo que mi asegurnasa paga directamente a la doctora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Tambien autorizo que Heidi Freeman, M.D que liebere cualquier informacion requerido para procesar mis cobros.

Patient/Guardian signature/ Firma de Paciente o Guardian:

Date/ Fecha:

