



WE DO NOT ACCEPT VISION INSURANCE

Patient Registration / Registro del paciente	
Patient Information	
FULL NAME—first, middle, last (including hyphenation) <i>Nombre Completo</i>	
DATE OF BIRTH <i>Fecha de nacimiento</i>	GENDER <i>genero</i> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	PREFERRED LANGUAGE <i>Idioma preferido</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____
ADDRESS <i>Numero de casa y calle</i>	PRIMARY PHONE (Best contact number) <i>Telefono principal</i>
CITY, STATE, ZIP <i>Ciudad y codigo postal</i>	
EMAIL ADDRESS <i>direccion de correo electrónico</i>	ALTERNATE PHONE <i>telefono alternativo</i>
PRIMARY CARE PROVIDER <i>Nombre de pediatra</i>	PCP PHONE NUMBER <i>Numero del telefono del doctor</i>
ADDRESS <i>Dirección</i>	
REFERRING DOCTOR (if different) <i>Doctor referente</i>	REFERRING DOCTOR PHONE NUMBER
ADDRESS <i>Dirección</i>	
PREFERRED PHARMACY <i>Farmacia preferida</i>	
LOCATION <i>ubicación</i>	PHONE NUMBER <i>Numero del telefono</i>

Guarantor/Patient Contact Information Paciente contactorFULL NAME-first, middle, last (including hyphenation) *Nombre completo*DATE OF BIRTH *Fecha de nacimiento*PRIMARY PHONE *Telefono principal*ADDRESS *Direccion completo*PLACE OF EMPLOYMENT *lugar de trabajo*WORK NUMBER *numero trabajo*RELATIONSHIP TO PATIENT *Relacion al paciente***Medical Insurance Information Informacion del seguro medical**NAME OF PRIMARY INSURANCE *nombre de seguro medical*

POLICY NUMBER

POLICY HOLDER

DATE OF BIRTH *fecha de nacimiento*

SS NUMBER FOR MEDICARE, TRICARE OR CHAMP VA

2nd Insurance Information

NAME OF SECONDARY INSURANCE

POLICY NUMBER

POLICY HOLDER

DATE OF BIRTH *fecha de nacimiento*

SS NUMBER FOR MEDICARE, TRICARE OR CHAMP VA

X _____
Signature of Patient/Guardian *Firma*Date *Fecha***WE DO NOT ACCEPT VISION INSURANCE**