

1400 Northside Forsyth Drive
Suite 290
Cumming, GA 30041
Phone: 770-292-3000
Fax: 404-250-8064

NORTHSIDE HOSPITAL

North Atlanta Breast Care

English - Spanish

Full Name: _____ **Date of Birth** _____

Nombre completo: (First / Primer nombre) (Middle / Segundo nombre) (Last / Apellido) Fecha de nacimiento

Gender (circle) **Male** **Female** **Marital Status (circle)** **Single** **Married** **Divorced** **Widowed**
Sexo (trace un círculo) Masculino Femenino Estado civil (trace un círculo) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

***Preferred Phone Number** home cell _____
*Núm. telefónico preferido hogar celular _____

***Email / Correo electrónico** _____

Ethnicity **Hispanic or Latino** **Not Hispanic or Latino** **Unknown/Declined**
Grupo étnico Hispano o latino No hispano ni latino No sabe/Declinó contestar

Race **American Indian/Alaskan Native** **Asian** **Black/African American** **Native Hawaiian/Pacific Islander**
Raza Nativo americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái/Islands del Pacífico

White **Other** **Unknown/Declined**
Blanco Otro No sabe/Declinó contestar

Preferred Language **English** **Spanish** **Chinese(Cantonese)** **Chinese(Mandarin)** **French** **German**
Idioma Inglés Español Chino(cantonés) Chino(mandarín) Francés Alemán

Italian **Japanese** **Portuguese** **Russian** **Other**
Italiano Japonés Portugués Ruso Otro

Employer _____ **Employer Phone** _____
Empleador _____ Tel. de empleador _____

Preferred Communication for Appointment Reminders: **Phone Call** **Automated Text** **Automated Email**
Forma preferida de recordarle sus citas: Llamada telefónica Mensaje de texto Mensaje por correo electrónico

If this practice lacks the capability for text or email reminders, may we use the phone number for reminders **yes / si** **no.**
Si este consultorio no pudiera enviar recordatorios por mensaje de texto o correo electrónico, ¿podemos llamarlo por teléfono?

Pharmacy Information / Información de la farmacia

Pharmacy Name _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Nombre de la farmacia _____ Tel. _____ Fax _____

Pharmacy Address _____
Dirección de la farmacia _____

Guarantor if not the patient (financially responsible party for minor or incapacitated adult):

Garantía si no es el paciente (responsables del pago si se trata de un menor o de un adulto discapacitado):

Name _____ **Date of Birth** _____ **Relationship to Patient** _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el paciente _____

Address _____ **City** _____ **State** _____ **Zip** _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

***Preferred Phone Number** home cell _____ ***Email** _____
*Núm. telefónico preferido hogar celular _____ Correo electrónico _____

***Nota:** Al proporcionar un número telefónico o una dirección electrónica, está autorizando a que nos comuniquemos con usted con información relativa a su tratamiento o a los pagos. Además, usaremos su dirección electrónica para invitarlo a usar nuestro portal para pacientes, si lo tuviéramos. Para garantizar la seguridad de su información, nuestra política prohíbe que enviemos información del paciente por correo electrónico. Para solicitar limitaciones en el contenido de la información o el método usado para comunicarnos, llene el formulario de Solicitud de Comunicaciones Confidenciales (Request for Confidential Communication).

Emergency Contacts Information and Relationship to Patient: / Contactos en casos de emergencia y relación con el paciente:

Name _____ **Relationship** _____ **Phone** _____
Nombre _____ Relación _____ Tel. _____

Name _____ **Relationship** _____ **Phone** _____
Nombre _____ Relación _____ Tel. _____

SPANISH TRANSLATION: PATIENT REGISTRATION FORM

Referring Physician Information: / Médico que lo remite:

Physician Name _____ **Specialty** _____ **Office Name** _____
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio
Address: _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Dirección Tel. Fax

Primary Care Physician Information (if different than referring physician):

Información del médico de cabecera (si no es el médico que lo remite)

Physician Name _____ **Specialty** _____ **Office Name** _____
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio
Address: _____ **Phone** _____ **Fax** _____
Dirección Tel. Fax

Does your insurance require a referral? YES / Sí NO; if yes, please provide the referral to the receptionist
¿Su seguro exige que lo remitan? en caso afirmativo, entregue el documento a la recepcionista

Primary Insurance / Seguro primario **Secondary Insurance / Seguro secundario**

| | | |
|--|-------|-------|
| Name of Insurance | _____ | _____ |
| Nombre del seguro | | |
| Name of Policy Holder | _____ | _____ |
| Nombre del titular de la póliza | | |
| Date of Birth of Policy Holder | _____ | _____ |
| Fecha de nacimiento del titular | | |
| Policy/Member ID Number | _____ | _____ |
| Núm. de identidad de miembro o de póliza | | |
| Group/Plan Number | _____ | _____ |
| Número del Grupo o del plan | | |
| Phone Number | _____ | _____ |
| Número de teléfono | | |
| Effective Date of Policy | _____ | _____ |
| Fecha de vigencia de la póliza | | |

Patient/Guarantor Signature _____ **Date** _____
Firma del paciente o del garante Fecha