



# A Northside Network Provider

English - Spanish

**Full Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_

Nombre completo: (First / Primer nombre) (Middle / 2do nombre) (Last / Apellido) Fecha de nacimiento

**Gender (circle)** Male Male Female **Marital Status (circle)** Single Married Divorced Widowed  
Género (Rodee con un círculo) Hombre Mujer Estado civil (rodee con un círculo) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

**\*Preferred Phone Number**  home  cell \_\_\_\_\_  
\*Número de teléfono de preferencia casa celular

**\*Email / Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Ethnicity**  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino  Unknown/Declined  
Etnia Hispano o latino No hispano o latino Desconoce/rehúsa contestar

**Race**  American Indian/Alaskan Native  Asian  Black/African American  Native Hawaiian/Pacific Islander  
Raza Indio estadounidense/Natural de Alaska Asiático De raza negra/estadounidense Natural de Hawaii /Isleño del pacífico

White  Other  Unknown/Declined  
Blanca Otra No sabe/Rehúsa contestar

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

Italian  Japanese  Portuguese  Russian  Other  
Italiano Japonés Portugués Ruso Otro

**Employer** \_\_\_\_\_ **Employer Phone** \_\_\_\_\_  
Empleador Número de teléfono del empleador

**Preferred Communication for Appointment Reminders:**  Phone Call  Automated Text  Automated Email  
Comunicación de preferencia para los recordatorios de las citas: Llamada Texto automático Mensaje de correo electrónico

**Patient Agrees that Practice may also rely on patient's expressed preference when making the appointment**

El paciente acepta que el consultorio también se basará en la preferencia expresada cuando se fijen las citas.

**We require a minimum of 24 hour notice for cancellations. Failure to do so may result in a charge for the missed appointment.**

Se requiere un mínimo de 24 horas de aviso para las cancelaciones. De no hacerlo así, se podrá cobrar el costo de la cita perdida.

**Pharmacy Information / Datos de la farmacia**

**Pharmacy Name** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_  
Nombre de la farmacia Teléfono

**Pharmacy Address** \_\_\_\_\_  
Dirección de la farmacia

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

Garante si no es el paciente (responsable financiero por ser menor o adulto incapacitado):

**Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_ **Relationship to Patient** \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de nacimiento Relación/parentesco con el paciente

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

**\*Preferred Phone Number**  home  cell \_\_\_\_\_ **\*Email** \_\_\_\_\_  
\*Número de teléfono de preferencia casa celular Correo electrónico

\*Al proveer un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, entiende que la comunicación por correo electrónico y por mensajes de texto puede ser una forma insegura de comunicación y consiente y autoriza en forma expresa a que Northside y sus afiliados se comuniquen con usted mediante llamadas telefónicas (mediante cualquier tipo de equipo de llamadas como tecnología de voz artificial o con grabaciones previas y/o sistemas de llamadas telefónicas automáticos), mensajes de texto y/o mensajes de correo electrónico, esto incluye recordatorios de citas, mensajes sobre pagos, comunicaciones para la mejora de la calidad como encuestas e invitaciones para unirse a nuestro portal seguro para pacientes, si está disponible.

**Emergency Contacts Information and Relationship to Patient: / Datos de los contactos de emergencia y relación con el paciente:**

**Name** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

**Name** \_\_\_\_\_ **Relationship** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

**SPANISH TRANSLATION: PATIENT REGISTRATION FORM**

**Referring Physician Information: / Información del médico remitente:**

**Physician Name** \_\_\_\_\_ **Specialty** \_\_\_\_\_ **Office Name** \_\_\_\_\_  
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio  
**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono

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

Médico de cabecera (en caso de que sea diferente al médico remitente):

**Physician Name** \_\_\_\_\_ **Specialty** \_\_\_\_\_ **Office Name** \_\_\_\_\_  
Nombre del médico Especialidad Nombre del consultorio  
**Address:** \_\_\_\_\_ **Phone** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_  
Dirección Teléfono

**Does your insurance require a referral? YES / Sí NO; if yes, please provide the referral to the receptionist**  
¿Su seguro requiere de una derivación? Si responde «Sí» por favor entréguele la derivación a la recepcionista

**Primary Insurance / Seguro primario**

**Secondary Insurance / Seguro secundario**

**Name of Insurance** \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro médico

**Policy Holder Name and Date of Birth** \_\_\_\_\_  
Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza

**Policy Holder Relationship to Patient** \_\_\_\_\_  
Relación o parentesco del titular de la póliza con el paciente

**Policy/Member ID Number** \_\_\_\_\_  
Número de identificación de la póliza/asegurado

**Group/Plan Number** \_\_\_\_\_  
Grupo/Número de plan

**Patient/Guarantor Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante Fecha