

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC

Patient Registration Form

Reason for Today's Visit: _____ Date: _____
Time: _____

Name: _____
LAST FIRST MIDDLE MAIDEN

Social Security No.: _____ Date of Birth: _____ Marital Status: _____

Address: _____
STREET/PO BOX CITY STATE ZIP CODE COUNTY OF RESIDENCE

Phone: _____ Age: _____ Sex: M F
HOME WORK

Race/Ethnicity: African American American Indian Asian Hispanic or Latino Native Hawaiian
 Other Pacific Islander Other White More than one race

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____

.....
RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (if different from patient):

Name: _____
LAST FIRST MIDDLE MAIDEN

Social Security No.: _____ Date of Birth: _____ Marital Status: _____

Address: _____
STREET/PO BOX CITY STATE ZIP CODE COUNTY OF RESIDENCE

Phone: _____ Age: _____ Sex: M F Race: _____
HOME WORK

Please check any that apply:

Live in Homeless Shelter Live with Parents/Friends Live on Street

.....
INSURANCE INFORMATION (Please provide a copy of all insurance cards):

Insurance Company: _____ Name of Insured: _____

Insured's Date of Birth: _____ Social Security No: _____ Relationship to Patient: _____

Address: _____
STREET OR PO BOX CITY STATE ZIP CODE

.....
INCOME INFORMATION:

Employer Name: _____ Phone: _____

Address: _____
STREET OR PO BOX CITY STATE ZIP CODE

Please check all that apply:

Unemployed Full-Time Student Part-Time Student Seasonal Farm Worker Migrant Farm Work

Family Size: Family Members & Relationship

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 or more _____

IF APPLYING FOR SLIDING FEE DISCOUNT:

My household income per month is:

\$ _____

OR

My household income per year is:

\$ _____

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registracion

Explicacion de la enfermedad: _____ Fecha: _____
Hora: _____

Nombre: _____
Nombre Apellido de su padre

No. De Seguro Social.: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____
NO. CALLE APT. CIUDAD ESTADO CODE POSTAL

Telefono: _____ Anyos: _____ Sexo: M F
CASA TRABAJO

Raza/Etnicidad: Africo Americano Indio Americano Asiatico Hispano o Latino Nativo de Hawai
 Nativo de otras Islas del Pacifico Otra Raza Raza Blanca Mas de una raza

Relacion/Pariente (En caso de emergencia): _____ Telefono: _____
NOMBRE APELLIDO DE SUE PADRE

GARANTE (Si no tiene seguros y no puede pagar la cuenta):

Nombre: _____
Nombre Apellido de su padre

No. De Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____
NO. CALLE APT. CIUDAD ESTADO CODE POSTAL

Telefono: _____ Anyos: _____ Sexo: M F
CASA TRABAJO

Por favor chequen los que apliquen:

Casa Temporal Vivo Con Parientes/Amigo Vivo en la calle

SI TIENE SEGUROS MEDICOS (Por favor entregue su carnet de seguro medico):

Nombre de Poliza: No. de Poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ No. de Autorizacion: _____

¿Como se relaciona el asegurado con el paciente?: _____

Envie la Demanda a : _____
NO. CALLE APT CIUDAD ESTADO CODE POSTAL

INFORMACION FINANCIERA:

Emprese donde Trabaja el Paciente: _____ Telefono: _____

Direccion de la Empresa: _____
NO. CALLE APT CIUDAD ESTAD CODE POSTAL

Por favor chequen los que apliquen:

Sin Empleo Estudiante Completo Tiempo Estudiante Medio Tiempo Granjero Estacional Granjero Migrante

Numero de personas en mis casa:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o mas

Relcaion de personas en mi casa:

PARA UN DESCUENTO SOLAMENTE:

Mi salario mensual es:

\$ _____

O

Mi salario anual es:

\$ _____