

Patient Registration Form (eCW)

PATIENT INFORMATION

(Please Print)

Dr. Miss Mr. Mrs. Ms. Sir

Patient's Name (Last) (First) (MI) Previous Name

Address Line 1

City, State ZIP Pharmacy Pharmacy Phone

Home Phone Cell No. Work Phone Ext.

Primary Care Provider (PCP) Referring Provider

Rendering Provider Name (this practice) E-Mail Address:

Date of Birth MM/DD/YYYY Sex F - Female M - Male Transgender

Race American Indian or Alaska Native Asian Native Hawaiian or Other Pacific Islander Black or African American White Declined

Ethnicity Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Declined

Language English Spanish Indian Japanese Chinese Korean French German Russian Other

Marital Status Married Single Divorced Widowed Legally Separated Partner

Social Security Number Employer Name

Employment Status 1 - Full-Time 2 - Part-Time 3 - Not Employed 4 - Self-Employed 5 - Retired 6 - Active Military

Student Status F - Full-Time Student P - Part-Time Student N - Not a Student

Emergency Contact Last Name First Name

Phone Number Do you have a living will? Yes No

Emergency Contact Relationship to Patient Guardian

Address Line 1

City, State ZIP

Home Phone Work Phone Ext.

Referring Provider Name

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (information used for patient balance statements)

Responsible Party Another Patient Guarantor Self Check here if information is same as patient

Responsible Party Name (Last) (First) (MI)

Guarantor Account Number Date of Birth MM/DD/YYYY

Social Security Number Telephone

E-Mail Address Sex F - Female M - Male

Address Line 1

City, State ZIP

Employer Employer Phone Number

PRIMARY INSURANCE INFORMATION (provide your insurance card to the front desk at check-in)

Insurance Company/Phone Number

Name of Insured Patient Relationship to Insured

Subscriber ID (Policy Number) Group ID Copay Amount

Effective Date Termination Date Date of Birth MM/DD/YYYY

SECONDARY INSURANCE INFORMATION (provide your insurance card to the front desk at check-in)

Insurance Company/Phone Number

Name of Insured Patient Relationship to Insured

Subscriber ID (Policy Number) Group ID Copay Amount

Effective Date Termination Date Date of Birth MM/DD/YYYY

I agree that the information supplied on this form is accurate and up-to-date to the best of my knowledge.

Patient (or Responsible Party) Signature Date

Patient Registration Form (eCW)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr. Sra. Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial) Nombre previo

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Número Móvil. Numero de Trabajo Ext.

Proveedor Primario (PCP) Proveedor que lo Recomienda

Nombre del proveedor de la prestación (esta práctica) Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento Mes /Dia /Año Sexo F - Femenino M - Masculino Transgénero

Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o afro-Americanos

Blanco Declinó

Origen Étnico Hispano o Latino No Hispano o Latino Declinó

Lenguaje Inglés Español Hindú Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro

Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social Nombre del Empleador

Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Tiempo parcial 3 - Sin empleo 4 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo

Estudiante F- Estudiante de tiempo completo P - Estudiante de tiempo parcial N - No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido Nombre

Número de Teléfono ¿Tiene usted un testamento en vida? Si No

Parentesco del contacto de emergencia al paciente Guardián

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Número de Teléfono Numero de Trabajo Ext.

Nombre del Proveedor que lo Recomienda

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE (información se utilizara para las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Otro Paciente Garante Yo Marque aquí si la información es igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) (Nombre) (Inicial)

Número de cuenta del garante Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

Número de Seguro Social Teléfono

Correo Electrónico Sexo F - Femenino M - Masculino

Dirección

Ciudad, Estado Código Postal

Empleador Numero de Trabajo

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora / Número de teléfono

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia / Año

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIA (proporcionar su tarjeta de seguro medico al momento de anunciarse)

Compañía Aseguradora/ Número de teléfono

Nombre del Asegurado(a) Relación del paciente con el asegurado

Numero ID (número de póliza) Numero ID del Grupo Cantidad de co-pago

Fecha de vigencia Fecha de vencimiento Fecha de Nacimiento Mes /Dia Año

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma Fecha