

BCFWC-PATIENT REGISTRATION FORM

Patient Information/Información de Paciente

First Name/nombre _____

Parent or Guardian/Padre o guardian

Last Name/Apellido _____

Name/nombre _____ SSN _____

Address/dirección _____

Phone #/numero de teléfono _____

City/Ciudad _____

Date of Birth/fecha de nacimiento _____

Relationship to Patient/relación con el paciente _____

State/Estado _____ Zip/código postal _____

Email Address/dirección de correo _____

Emergency Contact/Contacto de emergencia

SSN _____

Name/nombre _____

Birth Date/fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Month day year
Mes día año

Address/dirección _____

City/Ciudad _____

Phone #/numero de teléfono _____

State/Estado _____ Zip/código postal _____

Relationship to Patient/relación con el paciente _____

Phone #/numero de teléfono _____

Please Circle/Por favor marque

Language/Idioma: English/Inglés

Spanish/Español

Other/Otro: _____

Marital Status/Estado Muto: Single/Soltero

Married/Casado

Other/Otro _____ (please list)

Chose not to disclose/elige no revelar ____

Smoker/Fumador Yes/Si _____ No _____

Patients by Race and Hispanic or Latino/a Ethnicity/Paciencia por raza e hispano Latino y etnia	PLEASE CHECK WHAT APPLIES TO YOU/ Por favor marque lo que Se aplica a usted						
Patients by Race/ Paciencia por raza	Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a Si, Mexicano Mexicano Americano	Yes, Puerto Rican/ Si, Puertorricano	Yes, Cuban/ Si, cubano	Yes, Another Hispanic, Latino/a/ Si, otro latino hispano, or Spanish Origin/ Origen espanol	Yes, Hispanic, Latino/a, Spanish Origin, Combined Si, Hispano /latino Origen Espanol combinado	Not Hispanic, Latino/a, or Spanish Origin No hispano/latino O Origen espanol	Unreported/Chose Not to Disclose Ethnicity No denunciado/decidió no revelar Su origen etnico
Asian Indian/Asiatico							
Chinese/Chino							
Filipino/Filipino							
Japanese/Japones							
Korean/Coreano							
Vietnamese/Vietnamita							
Other Asian/Otro Asiatico							
Native Hawaiian/Hawaiano Nativo							
Other Pacific Islander/Otro isleno del Pacifico							
Guamanian or Chamorro/Guameno/Chamorro							
Samoa/Samoano							
Black/African American/ Afro Americano							
American Indian/Alaska Native/ Indio Americano / /Nativo de Alaska							
White/Caucasico							
More than one race/Mas de una raza							
Unreported/Chose not to disclose race/ opto por no revelar							

Gender Identity/identidad de genero	Please Check What Applies to You/ Por favor marque lo que Se aplica a usted
Male/Masculino	
Female/Femenino	

Agricultural Workers	Please Check What Applies to You/ Por favor marque lo que Se aplica a usted
Migratory/Migratorio	
Seasonal/estacional	
Homeless/Sin hogar	Please Check What Applies to You/ Por favor marque lo que Se aplica a usted
Homeless Shelter/ refugio para indigentes	
Transitional/ transicional	
Doubling Up/ duplicando	
Street/ calle	
Permanent Supportive Housing/Casa de apoyo permanente	
Other/Otro	
Unknown/Desconocido	
Veterans/veterano	Please Check What Applies to You// Por favor marque lo que Se aplica a usted
Veterans/veterano	
Student/Estudiante	
Student/Estudiante	

Assignment and Release/ Asignación y Liberación

I hereby consent to all treatment deemed necessary by the medical staff of BCFWC. I authorize the release of any information necessary to process this claim. I request that any money due me for medical benefits to be assigned to BCFWC. I realize that I am responsible for any and all differences. I have received the Notice of Privacy Practices and I agree to pay my fee at the time of service. I further attest that as of the date of my signature, the income sources listed constitute all my household income, and that the family members listed are all solely dependent on that income or that the explanation provided to verify my income level is truthful.

Por la presente doy mi consentimiento para todo tratamiento que el personal médico de BCFWC considere necesario. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar esta reclamación. Solicito que el dinero que se me deba para los beneficios médicos se asigne a BCFWC. Me doy cuenta de que soy responsable de todas las diferencias. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y acepto pagar mi tarifa en el momento del servicio. Además, certifico que, a partir de la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar, y que los miembros de la familia enumerados dependen únicamente de esos ingresos o que la explicación proporcionada para verificar mi nivel de ingresos es verdadera.

Patient Signature/firma del paciente X _____ Date /fecha _____