



Patient Registration Form (Formulario de Registro del Paciente)

Patient Information (Información del Paciente)			
Last Name (Apellido):		First Name (Nombre):	
Street Address (Dirección):		Apt#	City (Ciudad):
State (Estado):		Zip Code (Código Postal):	
Date of Birth (Fecha de Nacimiento):		Primary Language (Primer Idioma):	
() -		Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
() -		() -	
Home Phone (Teléfono Residencial)		Work Phone (Teléfono del Trabajo)	
		Cellular (Número de Teléfono Celular)	
Email Address (Dirección de Correo Electrónico):			
Are you employed? (¿Está usted empleado/a actualmente?)		Yes (Sí) No (No) Occupation (Ocupación)	
Name of Employer (Nombre del Empleador)		Telephone (Número de Teléfono)	
Ethnicity (Raza):		Marital Status (Estado Marital):	
<input type="checkbox"/> Black/African American (Negro/Afroamericano)		<input type="checkbox"/> Single (Soltero/a)	
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (Indio Americano o Nativo de Aslaska)		<input type="checkbox"/> Separated (Separado/a)	
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino)		<input type="checkbox"/> Legally Married (Casado/a)	
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander (Hawaiano Nativo o de otras islas del Pacífico)		<input type="checkbox"/> Widowed (Viudo/a)	
<input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico)		<input type="checkbox"/> Common-Law (Derecho Común)	
<input type="checkbox"/> Asian (Asiático)		<input type="checkbox"/> Domestic Partner (Pareja Doméstica)	
		<input type="checkbox"/> Divorced (Divorciado/a)	
Emergency Contact (Persona en caso de Emergencia)			
Last Name (Apellido):		First Name (Nombre):	
Street Address (Dirección):		Apt#	City (Ciudad):
State (Estado):		Zip Code (Código Postal):	
() -		Relationship (Relación):	
() -		() -	
Home Phone (Teléfono Residencial)		Work Phone (Teléfono del Trabajo)	
		Cellular (Número de Teléfono Celular)	
Parent or Guardian (if patient is a minor) or Responsible Party / Padre o Guardián (si el paciente es menor de edad) o Parte Responsable			
Last Name (Apellido):		First Name (Nombre):	
Street Address (Dirección):		Apt#	City (Ciudad):
State (Estado):		Zip Code (Código Postal):	
() -		Relationship (Relación):	
() -		() -	
Home Phone (Teléfono Residencial)		Work Phone (Teléfono del Trabajo)	
		Cellular (Número de Teléfono Celular)	
Insurance or other 3rd Party Information (Información del seguro o otra información de un tercero)			
<input type="checkbox"/> Medicaid (Medicaid) # _____		<input type="checkbox"/> Medicare (Medicare) # _____	
<input type="checkbox"/> Medicaid/Managed Care _____		<input type="checkbox"/> Self Pay (Pago a cargo del paciente)	
<input type="checkbox"/> Other (Otro) Specify (Especifique) _____			
Relationship to Subscriber (Relación con el asegurado)			
<input type="checkbox"/> Self (Yo mismo)		<input type="checkbox"/> Spouse (Esposo/a)	
		<input type="checkbox"/> Child (Hijo/a)	
		<input type="checkbox"/> Other (Otro): _____	
Referring Provider Name (Nombre del Referidor)			
Referring Provider Name (Nombre del Referidor):			
Street Address (Dirección):			City (Ciudad):
State (Estado):		Zip Code (Código Postal):	
		Telephone (Número de Teléfono)	
Please indicate how you heard about Columbia Dental (Por favor indique cómo se enteró de Columbia Dental):			
<input type="checkbox"/> Family and Friends (Amigos o familiares)		<input type="checkbox"/> Radio (Radio)	
<input type="checkbox"/> Dental Student/ Faculty (Estudiante de odontología/Facultad)		<input type="checkbox"/> Private Dentist (Dentista privado)	
<input type="checkbox"/> Hospital (Hospital)		<input type="checkbox"/> TV Commercial (Comerciales de televisión)	
<input type="checkbox"/> Insurance Plan/Medicaid (Seguro medico/Medicaid)		<input type="checkbox"/> Website (Sitio web)	
<input type="checkbox"/> Newspaper (Periódico)		<input type="checkbox"/> Other (Otro): _____	