



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"/> American Indian or Alaskan Native (Indio Americano o Nativo de Aslaska)	<input type="checkbox"/> Single (Soltero/a)	<input type="checkbox"/> Separated (Separado/a)
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino (Hispano/Latino)	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander (Hawaiano Nativo o de otras islas del Pacífico)	<input type="checkbox"/> Legally Married (Casado/a)	<input type="checkbox"/> Widowed (Viudo/a)
<input type="checkbox"/> White/Caucasian (Blanco/Caucásico)		<input type="checkbox"/> Common-Law (Derecho Común)	<input type="checkbox"/> Domestic Partner (Pareja Doméstica)
<input type="checkbox"/> Asian (Asiático)		<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):	
() -		() -	
() -		() -	
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):	
() -		() -	
() -		() -	
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):	
() -		() -	
() -		() -	
Home Phone (Teléfono Residencial)		Work Phone (Teléfono del Trabajo)	Cellular (Número de Teléfono Celular)
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): _____		