



Patient Registration Form / Forma de Registro de Paciente

Name / Nombre Last/APELLIDO First/Nombre Middle/Segundo Nombre

Social Security # / Numero de Seguro Social Birthdate / Fecha De Nacimiento Sex / Sexo

Maiden Name / Nombre de Soltera Mother's Name (if patient is a child) / Nombre de Madre (si es niño/a)

Street Address / Domicilio de Casa Apt

City / Ciudad State / Estado Zip Code / Codigo Postal

Home Ph # / Numero Telefonico de Casa Work Ph # / Numero de Trabajo Marital Status / Estado Matrimonial

Race / Raza Religion / Religion Church Name / Nombre de su Iglesia

Ethnicity / Etnicidad: Hispanic/Hispano or/o Latin/o or/o Not Hispanic/No Hispano or/o Latin/o

PATIENT EMPLOYER (or Parent Employer if patient is a minor child.) EMPLEADOR DE PACIENTE (o de Padre/Madre si el paciente es menor de edad.)

Employer Name / Nombre de Empleador Occupation / Ocupacion

Street Address / Domicilio de Casa

City / Ciudad State / Estado Zip Code / Codigo Postal Work Ph # / Numero de Trabajo

NEXT OF KIN / PARIENTE MÁS CERCANO

Name / Nombre Relation to patient / Relacion al paciente

Street Address / Domicilio de Casa City / Ciudad State / Estado

Zip Code / Codigo Postal Home Ph # / Numero Telefonico de Casa Work Ph # / Numero de Trabajo

PERSON TO NOTIFY (should be someone who lives outside the home of the patient) PERSONA PARA NOTIFICAR (debe ser alguien que no viva en el mismo domicilio del/la paciente)

Name / Nombre Relation to patient / Relacion al paciente

Street Address / Domicilio de Casa City / Ciudad State / Estado

Zip Code / Codigo Postal Home Ph # / Numero Telefonico de Casa Work Ph # / Numero de Trabajo

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO MEDICO

INSURANCE POLICY 1 / SEGURO MEDICO PRIMARIO

Name of Insurance Company _____
Nombre de Seguro Medico _____

Policy Holder / Titular de Poliza

Name/Nombre _____ Relation to Patient _____
Relación al Paciente _____

Subscriber # _____ Date of Birth _____
Número de Poliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Employer Name & Location _____
Nombre de Empleador e Domicilio _____

Employment Status: Full-time Part-time Self Employed Retired Disabled Unemployed
Situación Laboral Tiempo Completo Tiempo Parcial Independiente Jubilado Discapacitado Desempleado

INSURANCE POLICY 2 / SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Name of Insurance Company _____
Nombre de Seguro Medico _____

Policy Holder / Titular de Poliza

Name/Nombre _____ Relation to Patient _____
Relación al Paciente _____

Subscriber # _____ Date of Birth _____
Número de Poliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Employer Name & Location _____
Nombre de Empleador e Domicilio _____

Employment Status Full-time Part-time Self Employed Retired Disabled Unemployed
Situación Laboral Tiempo Completo Tiempo Parcial Independiente Jubilado Discapacitado Desempleado

Is today's visit due to: / Su visita de hoy es debida a:

- Accident/Accidente - Auto/Auto Illness/Enfermedad
 Accident/Accidente - Work Related/Relacionado a su trabajo Crime Victim/Victima de Crimen
 Accident/Accidente - Other/Otro _____

Date accident occurred or symptoms began: _____
Fecha del accidente o fecha en que empezaron los síntomas: _____

How did the accident occur? / ¿Como ocurrio el accidente?

Is Spanish the primary household language? / ¿Español es el idioma primario en su hogar? Yes/Si or/o No

Have you ever been an inpatient at: / ¿Alguna vez ha sido internado/a en:

Methodist Dallas, Methodist Charlton, Methodist Mansfield, or Methodist Richardson? Yes/Si or/o No

Primary Care Physician / Doctor Primario _____

MATERNITY PRE-ADMIT INFORMATION / INFORMACIÓN de PRE-ADMISSION de MATERNIDAD

Due Date / Fecha de Parto Physician Name / Nombre de su doctor

Financial Arrangements / Acuerdos de Pago: Cash/Efectivo** Insurance/Seguro Medico Medicaid

**A deposit is required on deliveries if you do not have insurance.

**Deposito es requerido si no tiene seguro medico si esta esperando.