

Patient Enrollment Form (Registro de Paciente)



Name
Nombre: _____

Date of Birth Fecha de Nac: _____	Phone Number Teléfono: _____	☐ Female	☐ Male
---	--	---------------------------------	-------------------------------

Address Domicilio: _____	City Ciudad: _____	State/Zip Estado/CP: _____
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Preferred Language /Idioma Preferido ☐ English ☐ Español ☐ Other _____

Race/Raza:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Asian/Asiático | ☐ Native Hawaiian/ Hawaiiano/A Nativo | ☐ Other Pacific Islander/ Otras Islas Del Pacifico |
| ☐ Black/ African American/ Negro/Africano Americano | ☐ White/ Blanco | |
| ☐ American Indian/ Alaska Native/ Indio Americano/ Nativo de Alaska | ☐ DECLINE TO ANSWER/ PREFIERO NO RESPONDER | |

Ethnicity/Etnicidad

- ☐ Hispanic/Latino/ Hispano/Latino ☐ Decline to Specify/ Prefiero No Responder ☐ Not Hispanic/Latino/ NO Hispano/Latino

Parent/Guardian Padre/Guardian: _____	DOB Fecha de Nac: _____	Phone Teléfono: _____
Address Domicilio: _____	City Ciudad: _____	State/Zip Estado/CP: _____
Email Address Correo Electronico: _____	Alternative Phone Telefono Alternativo: _____	Relationship Relacion: _____

Parent/Guardian Padre/Guardian: _____	DOB Fecha de Nac: _____	Phone Teléfono: _____
Address Domicilio: _____	City Ciudad: _____	State/Zip Estado/CP: _____
Email Address Direccion de Correo: _____	Alternative Phone Telefono Alternativo: _____	Relationship Relacion: _____

Guardianship Information Informacion de Tutela			
☐ Divorce or Separation	☐ Foster Child	☐ DCS involvement	☐ Kinship placement
☐ Divorcio o Separacion	☐ Hijo de Crianza	☐ Participacion de DCS	☐ Colocacion con Pariente

Insurance Aseguranza: _____	Policy # Poliza: _____	Group # # de Grupo: _____
Employer Empleo: _____	Owner of Policy DOB Dueño de Poliza fecha de nac: _____	

Insurance Aseguranza: _____	Policy # # Poliza: _____	Group # # de Grupo: _____
Employer Empleo: _____	Owner of Policy DOB Dueño de Poliza fecha de nac: _____	

Authorization to Pay Benefits to physician: I hereby authorize direct payments to the above-named corporation. I Understand that Canyon Pediatrics, INC will file an insurance claim on my behalf as a courtesy but I am financially responsible for any and all charges not covered by my insurance company. I also understand that if my account is not paid by myself or the insurance company after ninety (90) days from the date of service it will be turned over to an independent collection agency and a fee of \$25 dollars will be added to the account. I certify that I do not have any other insurance carrier at this time.

Autorización para pagar beneficios al médico: Por la presente autorizo pagos directos a la corporación mencionada aquí. Entiendo que Canyon Pediatrics, INC presentará una reclamo al seguro en mi nombre como una cortesía, pero soy financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos por mi compañía de seguros. También entiendo que si mi cuenta o la compañía de seguros no pagan mi cuenta después de noventa (90) días a partir de la fecha de servicio, se la entregará a una agencia de cobranza independiente y se agregará un cargo de \$ 25 dólares a la cuenta. Certifico que no tengo ningun otro seguro medico.

Parent/Guardian Padre/Madre/Guardian: _____	Signature Firma: _____	Date Fecha: _____
---	----------------------------------	-----------------------------