

## Sun City Pediatrics, PA Patient Registration Information (Información de Registro de el Paciente)

Last Name: (Apellido)		First: (Nombre)		Middle Initial: (Inicial)
DOB: (Fecha de Nacimiento)	Sex: (Sexo) <input type="checkbox"/> Female (Femenino) <input type="checkbox"/> Male (Masculino)	Please, Select (Seleccione Uno) <input type="checkbox"/> New Patient (Paciente Nuevo) <input type="checkbox"/> Update (Cambio de Información)		Patient's SSN: (Número de Seguro Social de el Paciente)
Address: (Dirección)		Apt#(Apartamento)	City, State & Zip: (Ciudad, Estado y Código Postal)	
Home Phone: (Teléfono de la Casa)	Cell Phone: (Teléfono Celular)	Email Address: (Correo Electrónico)		
Race (Please Select): (Raza: Por Favor Seleccione): <input type="checkbox"/> White (Blanco) <input type="checkbox"/> Asian (Asiático) <input type="checkbox"/> African American (Africano Americano) <input type="checkbox"/> Other (Otro): _____		Ethnicity (Please, Select): (Etnicidad Por Favor Seleccione): <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (Hispano o Latino) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino (No-Hispano o Latino)		Emergency Contact (Nombre de Contacto de Emergencia)
		Preferred Language: (Lenguaje Preferido) <input type="checkbox"/> English (Inglés) <input type="checkbox"/> Spanish (Español) <input type="checkbox"/> Other: _____		Emergency Contact Phone Number: (Número de Teléfono de Contacto de Emergencia)
<b>Responsible Party (Persona Responsable)</b>				
Responsible Party: (Persona Responsable a Pagar)			Relationship to Patient: (Relación con el Paciente)	
Responsible Party SSN#: (Número de Seguro Social de la Persona Responsable)		DOB: (Fecha de Nacimiento)	Home Phone Number: (Número de Teléfono de la Casa)	
			Cell Phone Number: (Número de Teléfono de Celular)	
Address of Responsible Party: (Dirección de la Persona Responsable)			City, State & Zip: (Ciudad, Estado y Código Postal)	
Place of Employment: (Lugar de Empleo)		Occupation: (Ocupación)		
Work Address: (Dirección de el Lugar de Trabajo)			Work Phone Number: (Número de Teléfono de el Lugar de Trabajo)	
<b>Primary Medical Insurance (Seguro Médico Primario)</b>			<b>Secondary Medical Insurance (Seguro Médico Secundario)</b>	
Insurance Company Name: (Nombre de Seguro Primario)			Insurance Company Name: (Nombre de Seguro Secundario)	
Policy Holder Name: (Nombre de la Persona que lleva el Seguro)			Policy Holder Name: (Nombre de la Persona que lleva el Seguro)	
Policy Holder DOB: (Fecha de Nacimiento de la Persona que lleva el Seguro)			Policy Holder DOB: (Fecha de Nacimiento de la Persona que lleva el Seguro)	
Policy Holder's SSN: (Número de Seguro Social de la Persona que lleva el Seguro Primario)			Policy Holder's SSN: (Número de Seguro Social de la Persona que lleva el Seguro Secundario)	
Patient Relationship to Policy Holder: (Relación con el Paciente)			Patient Relationship to Policy Holder: (Relación con el Paciente)	
Policy/Insurance ID Number: (Número de Poliza)			Policy/Insurance ID Number: (Número de Poliza)	
Group Number: (Número de Grupo)			Group Number: (Número de Grupo)	
Insurance Address: (Dirección de Seguro)			Insurance Address: (Dirección de Seguro)	
Insurance Phone Number: (Número de Teléfono de Seguro)			Insurance Phone Number: (Número de Teléfono de Seguro)	
<b>Medicaid / CHIP</b>				
Medicaid ID Number: (Número de Seguro de Medicaid)			Please Check One: (Por Favor Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> El Paso Health <input type="checkbox"/> Traditional Medicaid	
CHIP ID Number: (Número de Seguro de CHIP)			Please Check One: (Por Favor Seleccione Uno): <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> El Paso Health	
<b>Assignment of Benefits and Release of Information</b>				
<p>I, the undersigned, certify that information provided pertaining to my health insurance coverage is true and correct. I authorize that payment for services rendered should be made payable to Sun City Pediatrics, PA. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby, authorize Sun City Pediatrics, PA to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all signature submissions.</p> <p>Yo, con mi firma, certifico que la información proporcionada en relación con mi cobertura de seguro de salud es verdadera y correcta. Yo autorizo que los pagos por los servicios prestados deben hacerse pagaderos a Sun City Pediatrics, PA. Yo entiendo que soy responsable, financieramente, por todos los cargos que no sean pagados por el seguro médico. Por este medio autorizo a Sun City Pediatrics, PA la liberación de la información médica necesaria para asegurar el pago de beneficios. Además autorizo el uso de esta firma en todos los documentos necesarios.</p>				

Signature of Responsible Party (Firma de la Persona Responsable) \_\_\_\_\_

Date (Fecha) \_\_\_\_\_