

Registration Form

As a member of Tanner Medical Group, we are committed to providing the best and most comprehensive healthcare possible. We encourage you to ask questions.

Como miembro de TMG es nuestro compromiso dar el mejor cuidado en servicios médicos. Le aconsejamos que haga preguntas si las tiene.

PATIENT INFORMATION

Información del Paciente

Patient's Name: _____ **Alias:** _____
Nombre del Paciente

Date of Birth: _____ **Social Security #:** _____
Fecha de Nacimiento Seguro Social

Sex: Male Female Other **Race:** Caucasian Black Asian Hispanic Other
Varón Hembra otro Raza: Blanca Negro Asiática Hispana Otro

Patient's Address: _____
Domicilio

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
Ciudad Estado Zona Postal

Primary Care Provider: _____ **Preferred Pharmacy:** _____
Doctor de cabecera Farmacia de Preferencia

Preferred Language: _____ **Interpreter Needed?** Yes No
Idioma de preferencia ¿Necesita interprete? Si No

Email: _____ **Employer:** _____
Correo Electrónico Trabajo:

Home: _____ **Cell:** _____
Tel. de Casa Tel. Celular

Work: _____ **Preferred Communications:** Call Text Email
Tel. de trabajo Medio de comunicación preferido Llamada Texto Correo electrónico

Marital Status: Single Married Divorced Legally Separated Widowed Other
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Legalmente separado/a Viudo/a Otro

Special Needs: _____ **Is this Visit Related to an Accident?** Yes No
Necesidades especiales ¿Es esta visita relacionada con un accidente? SI No

GUARANTOR / RESPONSIBLE PARTY

Persona Responsable

Name: _____ **DOB:** _____ **Phone:** _____ **Relationship:** _____
Nombre Fecha de Nacimiento Tel. Relación con el paciente

Social Security # (Seguro social): _____ **Address (Domicilio):** _____

OTHER / EMERGENCY CONTACT INFORMATION

En caso de Emergencia

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____
Nombre Relación Teléfono

CHILD'S PRIMARY CAREGIVER _____ **Phone/Teléfono:** _____
Responsable del niño/niña

Father/Name: _____ **Date of Birth:** _____ **SS#:** _____
Nombre del padre Fecha de Nacimiento Phone/Teléfono.

Mother/Name: _____ **Maiden Name:** _____ **Date of Birth:** _____
Nombre de la madre Apellido de soltera Fecha de nacimiento

SS#: _____

The following individuals have my permission to bring this child to the office for routine medical care:

Los nombres aquí inscritos tienen permiso a traer a mi hijo/hija a esta oficina para cuidados médicos

Name: _____ **Relationship to Patient:** _____
Nombre Relación al paciente

Name: _____ **Relationship to Patient:** _____
Nombre Relación al paciente

Name: _____ **Relationship to Patient:** _____
Nombre Relación al paciente