



# RENE I. LUNA, M.D., P.A.

## REGISTRATION FORM (REGISTRO DEL PACIENTE)

Patient Information (Información Del Paciente)						
Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)		Middle Name (Segundo)	Social Security # (Seguro Social #)	
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)		Marital Status (Estado Civil)				
		<input type="checkbox"/> Married (Casada) <input type="checkbox"/> Single (Soltera) <input type="checkbox"/> Divorced (Divorciada) <input type="checkbox"/> Widow (Viuda) <input type="checkbox"/> Other (Otro):				
Employment Status (Información De Empleo)						
<input type="checkbox"/> Employed (Empleada) <input type="checkbox"/> Retired (Retirada) <input type="checkbox"/> Student Full-Time (Estudiante Tiempo Completo) <input type="checkbox"/> Student Part-Time (Estudiante Tiempo Medio) <input type="checkbox"/> Other (Otro):						
Employer Name (Nombre de Empleo)		Employer Address (Dirección De Empleo)		City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)
How did you hear about us? (Cómo se entero de nosotros?)						
<input type="checkbox"/> Search Engine (Búsqueda de Internet) <input type="checkbox"/> TV Ad (Televisión) <input type="checkbox"/> Online Ad (Anuncio en Internet) <input type="checkbox"/> Print Ad (Anuncio Impreso) <input type="checkbox"/> Friend/Family (Amigo/Familia); <input type="checkbox"/> Other (Otro):						
Physical Address (Dirección Física)			City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)	
Mailing Address - if different than Physical (Dirección de Facturación - si es diferente a Física)			City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)	
Home Phone Number (Teléfono de Casa)		Mobile Number (Teléfono Móvil)		Work Number (Teléfono del Empleo)		
(   )		(   )		(   )		
E-mail Address (Correo Electrónico)				Send E-mail Notifications? (Mandar Notificaciones por E-mail?)		
				<input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No)		
Emergency Contact Name (Nombre de Contacto de Emergencia)				Emergency Phone (Teléfono de Emergencia)		
				(   )		
Providers (Médicos)						
Primary Care Physician (Médico de Atención Primaria)			Referring Physician (Médico que la Refirió)			
Responsible Party / Guarantor (Persona Responsable) Check if same as (Marcar si es igual a la): <input type="checkbox"/> Patient (Paciente)						
Last Name (Apellido)		First Name (Primer Nombre)		Middle Name (Segundo)		Suffix (Sufijo)
Address (Dirección)		City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Código Postal)	Relationship to Patient (Relación con la Paciente)	
Insurance Information / (Información de Seguro) Check if (Marcar si es): <input type="checkbox"/> Self Pay (Pago Particular)						
Primary Insurance Name (Compañía de Seguro Primario)			Secondary Insurance Name (Compañía de Seguro Secundario)			
Insurance Mailing Address (Dirección de Seguro)		City (Estado)	Zipcode (Cód. Postal)			
Insured ID / Member # (Suscriptor / Número de Miembro)		Group # (Grupo #)				
Check if same as (Marcar si es igual a la): <input type="checkbox"/> Patient (Paciente)			Check if same as (Marcar si es igual a la): <input type="checkbox"/> Patient (Paciente)			
Member / Policy Holder's Full Name (Nombre Completo del Suscriptor / Miembro)			Member / Policy Holder's Full Name (Nombre Completo del Suscriptor / Miembro)			
Policy Holder's Full Address (Dirección Completa del Suscriptor)		Zipcode (Cód. Postal)				
Social Security # (Seguro Social #)		DOB (Fecha de Nacimiento)	Gender (Sexo)			
			M / F			
What is Patient's Relationship to Subscriber? (Relación del Paciente con el Suscriptor)			What is Patient's Relationship to Subscriber? (Relación del Paciente con el Suscriptor)			
<input type="checkbox"/> Son/Daughter (Hijo/a) <input type="checkbox"/> Wife/Husband (Esposo/a) <input type="checkbox"/> Other (Otro):			<input type="checkbox"/> Son/Daughter (Hijo/a) <input type="checkbox"/> Wife/Husband (Esposo/a) <input type="checkbox"/> Other (Otro):			