

# Registration Form

By completing the online registration you are consenting to a text appointment reminder. This reminder will include the reason for your visit along with other appointment information. Standard text messaging rates from your carrier may apply.

(Al llenar esta registraci3n en l3nea, usted est3 dando consentimiento para recibir un recordatorio por mensaje de texto con informaci3n referente a su cita. Cargos de parte de su compa1a de celular pueden aplicar.)

**Full Legal Name (Nombre Completo)**

---

**Date of Birth (Fecha de Nacimiento)**

---

**Gender (Genero) (circle one)**

Male (Masculino)

Female (Femenino)

Unspecified (No especificado)

**Social Security Number (Numero de seguro social)**

---

**Address including City, State, and Zip Code (Direccion incluidendo estados 3rea)**

---

**County, Country (Condado, Pais)**

---

**Phone Number include area code (Numero de Telefono)**

---

**Alternate Phone Number (Numero alternativo)**

---

**Occupation (Ocupacion)**

---

**Have you had COVID in the last 90 days? (Usted a tenido COVID en los ultimos 90 dias)**

yes  no

**If yes, Date: (Cuando, fecha)**

---

**Have you received any vaccine within the last 14 days? (Ha recibido alguna vacuna en los ultimos 14 dias?)**

yes  no

**If yes, Date? (Si, cuando?)**

---

**Insurance company name (BCBS, United, etc.) Please type NONE if no insurance (Tipo de Seguro Medico)**

---

**Patient Relationship to Subscriber (Relacion de paciente al asegurado primario)**

---

**Group # (Grupo de seguro)**

---

**Insurance Subscriber Name (Nombre de persona primaria en seguro medico)**

---

**Insurance Subscriber ID (Numero de ID de seguro Medico)**

---

**Insurance Subscriber Social Security Number (Numero de Seguro Social de asegurado primario)**

---

**Insurance Subscriber Gender (Genero de asegurado primario) (check all that apply)**

Male (Masculino)

- Female (Femenino)
- Unspecified (No especificado)

**Insurance Subscriber Date of Birth (Fecha de Nacimiento de asegurado primario)**

---

**Name of Secondary Insurance ex. BCBS, United Healthcare, etc.( Seguro médico secundario-Tipo de Seguro Medico)**

---

**Secondary Insurance-Patient Relationship to Subscriber ( seguro médico secundario-Relacion de paciente al asegurado primario)**

---

**Secondary Insurance- Group Number (Seguro médico secundario-Grupo de seguro)**

---

**Secondary Insurance-Subscriber Name (Seguro médico secundario-Nombre de persona primaria en seguro medico)**

---

**Secondary Insurance- Subscriber ID (Seguro médico secundario-Numero de ID de seguro Medico)**

---

**Secondary Insurance- Subscriber Social Security Number (Seguro médico secundario-Numero de Seguro Social de asegurado primario)**

---

**Secondary Insurance- Subscriber Gender (Seguro médico secundario-Genero) (circle one)**

Male (Masculino)

Female(Femenino)

Unspecified(No especificado)

**Secondary Insurance- Subscriber Date of Birth (Seguro médico secundario-Fecha de Nacimiento de asegurado primario)**

---