

**Family Care Specialists (FCS) Medical Group  
Patient Registration**

<b>PATIENT INFORMATION</b>			
Last Name	First Name	Initial	Previous Name (Maiden)
Street Address	City		State Zip
Home Telephone ( )	Employer Telephone ( )		Cellular Telephone ( )
Birth Date	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Marital Status <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P
E-Mail Address	Occupation		Social Security Number
Employer Name	Date Employment Began		Driver License Number
Employer's Street Address	City	State	Zip
Ethnicity			
Referred by			

<b>SPOUSE / GUARDIAN INFORMATION</b>			
Last Name	First Name	Initial	Relationship to Patient
			Birth Date
			Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Street Address	City		State Zip
Home Telephone ( )	Employer Telephone ( )		Cellular Telephone ( )
Driver License Number	Social Security Number		Birth Date
Employer Name	Date Employment Began		Occupation
Employer's Street Address	City	State	Zip

<b>INSURANCE INFORMATION</b>			
Medicare Number:	Part B:	Effective Date:	Medi-Cal Number:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
			Birth Date
			Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Policy / ID Number	Group / Local Number		Coverage / Plan Number
Insurance Company Name – Primary	Insured / Subscriber		Patient Relationship to Insured
Street Address	City	State	Zip
			Telephone ( )
Policy / ID Number	Group / Local Number		Coverage / Plan Number
Insurance Company Name – Secondary	Insured / Subscriber		Patient Relationship to Insured
Street Address	City	State	Zip
			Telephone ( )

<b>NEAREST RELATIVE / FRIEND NOT LIVING WITH YOU?</b>			
Last Name	First Name	Telephone	Relationship to Insured

Telephone Number in case of an emergency:

Assignment: I authorize payment of medical benefits to the under Signed physician or supplier for service described.

Lifetime Medicare Authorization  Yes  No

Date:

Have you ever been here before:  Yes  No

When?

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Family Care Specialists (FCS) Medical Group  
Registración del Paciente**

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
Apellido	Primer nombre	Inicial	Otro Apellido (de soltera)
Dirección	Ciudad		Estado Código Postal
Número de Teléfono en la Casa ( )	Número de Teléfono en el Trabajo ( )		Teléfono Celular ( )
Fecha de nacimiento	Edad	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P
Dirección del Correo Electrónico	Ocupación		Número de Licencia
Nombre del Trabajo	Fecha cuando comenzó a trabajar		Idioma Preferido
Dirección del Trabajo	Ciudad	Estado Código Postal	Etnicidad
Recomendado por:			

<b>CONGUYE/ INFORMACION DE GUARDIAN</b>			
Apellido	Primer nombre	Inicial	Relación con el paciente
			Fecha de Nacimiento
			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Ciudad		Estado Código Postal
Número de Teléfono en la Casa ( )	Número de Teléfono en el Trabajo ( )		Teléfono celular ( )
Número de Licencia	Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento
Nombre del Trabajo	Fecha cuando comenzó a trabajar		Ocupación
Dirección del Trabajo	Ciudad		Estado Código Postal

<b>INFORMACIÓN DE SEGURO</b>			
Número de Medicare	Parte B	Fecha efectiva	Número de Medi-Cal
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento
			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Póliza / Número de Identificación	Número de Grupo / Local		Número de Cobertura / Plan
Nombre del Seguro Médico – Primario	Asegurado / Subscriptor		Relación con el paciente
Asegurado / Subscriptor:	Fecha de Nacimiento		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal	Teléfono ( )
Póliza / Número de Identificación	Grupo / Número Local		Covertura / Número de Plan
Nombre del Seguro Médico – Secundario	Asegurado / Subscriptor		Relación con el paciente
Dirección	Ciudad	Estado Código Postal	Teléfono ( )

<b>PARIENTE MAS CERCANO / AMIGO QUE NO VIVE CON USTED?</b>			
Apellido	Nombre	Teléfono	Relación con el paciente
Teléfono en caso de emergencia:			

Asignación: Yo autorizo pago de beneficios Médicos al Médico o el proveedor de servicios descriptos.  
 Autorización de por Vida de Medicare  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_  
 Ha estado usted aquí anteriormente:  Sí  No ¿Cuándo?

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha