GATEWAY
REGIONAL MEDICAL CENTER

PATIENT REGISTRATION FORM

PATIENT INFORMATION

Last Name:	First Name:	MI:	Birth Date: / /
Social Security #: - -	Sex: ❒ M ❒ F	Marital Status: ❒ S ❒ M ❒ D ❒ W	Driver's Lic.#:
Address:		Apt. #:	City:
State: / Zip Code:	Home Phone: ( ) -	Work/Cell Phone: ( ) -	
Emergency Contact:	Relationship	Phone: ( ) -	
Primary Language Spoken:		Translator Needed: ❒ Yes ❒ No	

INSURANCE INFORMATION

❒ I certify that patient has **NO** insurance coverage. Patient/Responsible Party: **X**_____

Primary Insurance:	Group #:	ID#:
Subscriber Name *(If different from patient)*	Birth Date: / /	Relation to patient:
Secondary Insurance:	Group #:	ID#:
Subscriber Name *(If different from patient)*	Birth Date: / /	Relation to patient:

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION

Name: *(If different from patient)*	Birth Date: / /	Social Security #: - -	Relation to Patient:

Address:	Apt. #:	City:	State:	Zip:

Home Phone: ( ) -	Alternate Phone: ( ) -
Employer Name:	Employer Address:

City:	State:	Zip:	Employer Phone#: ( ) -

I understand that as the responsible party I am solely responsible for the cost of all services rendered. In the event charges for medical services are not paid for by the insurance company, I agree to pay in full for all services received within 30 days of receiving a bill from Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Center.

Signature: x_____ Print Name: x_____

Date:_____/_____/_____

I hereby authorize Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Medical Center to furnish information to insurance carriers that pertain to medical services rendered. I assign (unless revoked in writing) to Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Medical Center all payments for medical services rendered and all major medical benefits.

Signature: x _____ Date: x _____/_____/_____
Patient (or Parent/Guardian if Patient is a minor)

GATEWAY
REGIONAL MEDICAL CENTER

FORMULARIO PARA REGISTRACION DE PACIENTES

(PATIENT REGISTRATION - SPANISH VERSION)

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial:	Fecha De Nacimiento: / /
N° De Seguro Social:	Sexo: ❒ H ❒ M	Estado Civil: ❒ S ❒ C ❒ D ❒ V	Numero de Licencia de manejo:
Domicilio:		Apt.#:	Ciudad:
Estado: / Codigo Postal:	N° Telefonico De Casa: ( ) -	N° De Trabajo o celular: ( ) -	
Nombre De Contacto En Caso De Emergencias:			
Relación al Paciente:	Hidioma hablado primario:	Traductor Necesario: ❒ Si ❒ No	

INFORMACION DE ASEGURANZA

❒ Yo certifico que el/la paciente **NO** tiene aseguranza. Firma de la persona responsable: **X** _____

Aseguranza Primaria:	N° De Grupo:	N° De Tarjeta de Identidad:
Nombre del Inscrito: *(Si es diferente que el paciente)*	Fecha de Nacimiento: / /	Relacion al Paciente:
Aseguranza Segundaria:	N° De Grupo:	N° De Tarjeta de Identidad:
Nombre del Inscrito: *(Si es diferente que el paciente)*	Fecha de Nacimiento: / /	Relacion al Paciente:

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre : *(Si es diferente que el paciente)*	Fecha De Nacimiento: / /	N° De Seguro Social: - -	Relacion al Paciente:	
Domicilio:	Apt.:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
N° Telefonico De Casa: ( ) -		No Alternativo: ( ) -		
Nombre De Su Empleo:		Domicilio Del Empleo:		
Ciudad: / Estado:	Codigo Postal:	N° Telefonico De Empleo: ( ) -		

Yo entiendo, que como la persona responsable, yo soy completamente responsable for los costos de todos los servicios brindados. En el evento de que los cargos por servicios medicos no sean pagados por la aseguranza, yo me comprometo a pagar en su totalidad por todos los servicios recibidos dentro de 30 días de recibir mi factura de Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Medical Center.

Firma: **X** _____ Nombre Escrito: **X** _____

Fecha: _____/_____/_____

Yo autorizo que Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Medical Center, puede darle informacion a las agencias de aseguranza que sea relacionada con y para los servicios medicos brindados. Yo le dispenso a Primary & Multi-Specialty Clinics of Anaheim, Inc., dba Gateway Regional Medical Center, todos los pagos para servicios medicos brindados y todos mis beneficios medicos mayores.

Firma: **X**_____ Fecha: **X**_____/_____/_____

Patient (Padres/guardas, si el paciente es menor de etad)