



PIONEER
 HEALTHCARE CLINIC
 A Family Medical Clinic

1200 East Davis St. Suit 113
 Mesquite, TX 75149

Phone # (972) 295-9090
 Fax # (972) 534-0010

REGISTRATION FORM

GENERAL INFORMATION/INFORMACION GENERAL

DATE/Fecha (mm/dd/yyyy) ____/____/____

Patient's Name: _____
 Nombre de Paciente Last/Apellido First/Primero SI

_____/_____/____ Age: ____
 D.O.B/ Fecha de Nacimiento Edad

Address: _____
 Dirreccion:(Street, apt.#)

(____)-____-____
 Phone #/ Numero de telefono

City: _____ State: _____ Zip code _____
 Ciudad Estado Codigo postal

SSN: _____ - _____ - _____ Sex: M F

Emergency Contact: _____
 Contacto de Emergencia

 Relationship to Pt Phone #/ Numero de Telefono

Preferred pharmacy: _____ email: _____

Parent or Legal Guardian: I hereby authorized Pioneer Healthcare Clinic and/or agents to use my general information (address, phone (text messages), email) to contact me to facilitate anything related to my medical care.
Paciente o Tutor: Autorizo el uso de mi informacion general(Direccion, telefono(mensajes de texto), y correo electronico) para ser contactado por Pioneer Healthcare Clinic y/o agentes para facilitar el seguimiento de mi cuidado medico.

PERSONAL RESPONSIBLE FOR PAYMENT/ PERSONA RESPONSABLE DE PAGO

 Last name First and Middle Name
 Apellido Primer S. Nombre

Relationship to patient/Relacion a Paciente
 Mother Father Other _____

SSN: _____ - _____ - _____ Sex M F

_____/_____/____ Age/Edad: ____
 D.O.B mm/dd/yyyy

Address/Direccion: _____
 (Street, apt #)

Employment: _____

City: _____ State: _____ Zip code _____

(____)-____-____
 Work Phone no

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

I request that payment of authorized insurance benefits from any applicable insurance carrier be made on my behalf to Pioneer Healthcare Clinic for any services furnished me by that provider. I authorized medical information needed to determine these benefits or the benefits payable for the related services be released to the insurance company and its agents. I understand that even though I have some type of insurance coverage, I am responsible for the payment of services. Please note: It is the policy of this office that any parent who requests treatment for the child is responsible for the payment of all subsequent fees.

Solicito que el pago de las presentaciones de seguros autorizadas de cualquier compania de seguros aplicables se hagan en mi nombre a Pioneer Healthcare Clinic para todos los servicios prestados por mi ese proveedor. Yo autorice a la informacion medica necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados sean entregados a la compania de seguros y sus agentes. Entiendo de incluso pense que tener algun tipo de cobertura de seguro, yo soy responsable del pago de los servicios. Tenga en cuenta: Es la politica de esta oficina que cualquier padre que solicita tratamiento para el nino es responsable del pago de todas las cuotas subsiguientes.

Name/Nombre: _____

Signature/Firma: _____

Relationship/Relacion: _____