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:_________________________________ ________/________/________ Age:_____
Nombre de Paciente Last/Apellido First/Primero SI D.O.B/ Fecha de Nacimiento Edad

Address: _________________________________ (______)-__________-____________
Dirreccion:(Street, apt.#) Phone #/ Numero de telefono

City:____________________ State:_______ Zip code_________ SSN:___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ Sex: M F
Ciudad Estado Codigo postal

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 RESPOSABLE 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 thought 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 conpania 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:______________________________