

# Office New Patient Registration

## Patient Information

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
First name                      MI                      Last Name                      Date of Birth                      Age                      Social Security

Gender: Female  Male  Other                       Race/Ethnicity:  Caucasian  Hispanic  African-American  Other

\_\_\_\_\_  
Mailing Address                      City                      State                      Zip Code

\_\_\_\_\_  
Home Phone                      Cell                      Alternative Number

\_\_\_\_\_  
Employer name                      Work Phone

\_\_\_\_\_  
Email Address                      Emergency Contact/Relation                      Phone Number

Do you have health insurance?  Yes  No                      (If yes, please continue below.)

## Insurance Information

Ins. Company: \_\_\_\_\_                      Member ID#: \_\_\_\_\_

## Información de Paciente

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Nombre                      Fecha de Nacimiento                      Edad                      Seguro Social

Género: Hombre  Mujer  Otro                       Etnicidad:  Caucásico  Hispano  Afroamericano  Otro

\_\_\_\_\_  
Domicilio                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número Del Teléfono                      Celular                      Numero Alternativo

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleador                      Numero De Trabajo

\_\_\_\_\_  
Correo Electrónico                      Contacto de Emergencia/ Relación                      Teléfono

¿Tiene seguro médico?  Si  No                      (Si marco si, por favor continúe con el cuadro a continuación.)

## Información de Aseguranza

Compañía de Aseguranza: \_\_\_\_\_                      Member ID#: \_\_\_\_\_



# Vo Medical Center

**El Centro Office**  
1590 S. Imperial Ave  
El Centro, CA 92243  
Ph: (760) 352-2551  
Fax: (888) 631-5150

**Calexico Office**  
222 E. Cole Blvd  
Calexico, CA 92231  
Ph: (760) 352-2551  
Fax: (888) 631-5150

**Brawley Office**  
409 W. Main St  
Brawley, CA 92227  
Ph: (760) 352-2551  
Fax: (888) 631-5150

**Indio Office**  
81812 Dr. Carreon Blvd  
Indio, CA 92201  
Ph: (760) 352-2551  
Fax: (888) 631-5150

## HIPAA Release Form

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Name: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Information is not to be released to anyone.

This Release of Information will remain in effect until terminated by me in writing.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## Autorización de HIPAA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros; examen realizado a mí y reclama información. Esta información puede ser divulgada a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

La información no se divulgará a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_